

ITINERARIO FORMATIVO TIPO (IFT)

UNIDAD DOCENTE DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Área de Salud/Gerencia de Área	Área de Salud VII – Murcia Este	
Centro	Hospital General Universitario Reina Sofía	
Unidad docente/especialidad	Cirugía General y del Aparato Digestivo	
Tutores que han elaborado la GIFT (Añadir filas si es preciso)		
Apellidos y nombre	Firma	
Dr. Benavides Buleje, Jorge Alejandro		
Vº Bº Jefe de servicio		
Apellidos y nombre	Firma	
Dr. Albarracín Marín-Blázquez, Antonio		
Aprobado en comisión de docencia de (fecha)	16/05/2008	
Fecha próxima revisión	Mayo/2017	
Fecha última revisión	13/05/2015	
Procedimiento difusión	Accesible en la plataforma Idea (soporte electrónico). Se comunica al residente el acceso en la acogida	
Procedimiento entrega a los residentes	El tutor entrega el IFT al residente en soporte papel a su incorporación	

ÍNDICE

	Pág.
1. CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD DOCENTE. _____	3
1.1. ESTRUCTURALES. _____	3
1.2. ASISTENCIALES. _____	5
1.3. DE ORGANIZACIÓN _____	19
1.4. RECURSOS HUMANOS _____	22
1.5. RECURSOS DIDACTICOS _____	23
2. OBJETIVOS GENERALES DE LA ESPECIALIDAD ADAPTADOS A LA UNIDAD DOCENTE _____	26
3. COMPETENCIAS A ADQUIRIR EN CADA AÑO DE RESIDENCIA _____	27
4. PLAN Y GUIA DE ROTACIONES _____	39
5. ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS _____	46
5.1. SESIÓN CLÍNICA DE GUARDIA. _____	46
5.2. SESIÓN DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA. _____	47
5.3. SESIÓN TEÓRICA. _____	48
5.4. SESIONES BIBLIOGRÁFICAS. _____	48
5.5. SESIONES DE MORBIMORTALIDAD POSTOPERATORIA _____	49
5.6. SESIONES DE FORMACIÓN _____	50
5.7. SESIÓN DE PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN _____	50
5.8. SESIÓN CONJUNTA. _____	51
5.9. SESIÓN DE INVESTIGACIÓN. _____	53
5.10. JORNADAS ANUALES DE UNIDADES FUNCIONALES MULTIDISCIPLINARES. _____	53
6. METODOLOGÍA DIDÁCTICA _____	53
7. PROGRAMA TRANSVERSAL Y COMPLEMENTARIO DEL RESIDENTE (PTCR) _____	53
8. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS _____	54
8.1. SESIONES ANATOMOCLÍNICAS _____	54
8.2. PROGRAMA DE POSTGRADO _____	54
9. ORGANIZACIÓN DE LA TUTORÍA _____	54
9.1. TUTOR _____	54
9.2. SUPERVISIÓN DE LA DOCENCIA _____	54
9.3. CRITERIOS DE ASIGNACIÓN O ELECCIÓN DEL TUTOR _____	55
9.4. ITINERARIO FORMATIVO DE TUTORES DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA _____	55
10.- CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR ADAPTACIONES DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA RESIDENTES CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES	55
11.- CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ENSEÑANZA Y DE LA PRÁCTICA DOCENTE DE LOS TUTORES _____	55

ITINERARIO FORMATIVO TIPO DE LA UNIDAD DOCENTE DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE MURCIA

1. CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD DOCENTE.

1.1. ESTRUCTURALES.

1.1.1. Área de hospitalización:

La sala de hospitalización está ubicada en la sexta planta izquierda donde dispone de 38 camas y en la sexta planta derecha donde dispone de 12 camas, de las cuales, en total, hay 4 individuales para pacientes aislados. Asimismo, la Unidad Docente puede solicitar más camas dependiendo de las necesidades y con posibilidad de aumentarlas al ampliar la plantilla y los quirófanos.

Se encuentran en este ala el despacho de la supervisora, un despacho médico, ambos con terminal de ordenador, una sala de estar para pacientes y acompañantes, un control de enfermería con terminal de ordenador, dos salas para medicación, una sala de curas, tres almacenes, un estar de personal, una cocina y dos cuartos de baño.

Todas las habitaciones dobles disponen de:

- 2 Camas.
- 2 Mesillas.
- 2 Sillones.
- 1 Armario empotrado doble.
- Baño y accesorios para aseo personal.
- Interfono con control de enfermería.
- TV y telefonía exterior.
- Aire acondicionado.

El Control de Enfermería dispone de:

- Ordenador conectado a red hospitalaria.
- Interfono con todas las habitaciones.
- Archivador de historias de pacientes ingresados.
- Sala de Farmacia.
- Almacén de material técnico de enfermería (carro de curas, instrumental, etc.)
- Cocina-Office.
- Aseo de Personal.
- Sala de descanso.
- Sala de curas.
- Despacho de supervisora.
- Despacho médico. Con dos ordenadores conectados a red hospitalaria.
- Despacho de información de familiares.

1.1.2. Área de Consultas Externas:

La Unidad Docente dispone de 5 despachos ubicados en la segunda planta, 4 despachos para consultas médicas y 1 para sala de curas. Se pasan semanalmente 15 consultas en horario de mañana y 3 en horario de tarde.

De otro lado hay una consulta, localizada en la primera planta, pruebas especiales, que se realiza 1 vez a la semana, donde se hacen ecografías endorrectoanales; y otra, también con una frecuencia semanal, habilitada en la zona de consultas externas, segunda planta, donde se realiza la neuroestimulación del nervio tibial posterior en el tratamiento de la incontinencia fecal.

1.1.3. Área de Quirófanos:

Situada en la 2ª planta. La Unidad Docente dispone de 2 quirófanos diarios asignados en este área (quirófanos 4 y 5), y un día a la semana otro adicional (quirófano 10), realizando a la semana 11 sesiones matutinas y 6 sesiones vespertinas.

El quirófano cuenta con los siguientes medios técnicos e instrumental:

- * Una mesa quirúrgica.
- * Un microscopio quirúrgico
- * Dos intensificadores de imágenes Phillips
- * Un fluoroscopio
- * Un respirador, con monitorización invasiva y no invasiva.
- * Un ordenador con pantalla intraquirófano, conectado a red hospitalaria.
- * Cajas de instrumental: 1 de apendicectomía, 2 de amputación, 2 de colédoco, 1 de tórax, 1 de vascular, 5 de hernia, 1 de varices-mama, 2 de cirugía menor, 5 de laparotomía, 2 de tiroides, 2 de biopsia, 1 de cirugía fina, 1 de traqueotomía, 3 de laparoscopia, material no incluido en cajas, material de laparoscopia.

1.1.4. Área de Urgencias:

Hay dos cirujanos de guardia de presencia física durante todos los días del año. Asimismo hay un Médico Especialista en Formación de guardia los días que se le asigna.

Durante la guardia se atienden a los pacientes que acuden a la puerta de urgencias, previa solicitud del médico de puerta, como a las llamadas de planta por pacientes ingresados a cargo del Servicio de Cirugía, así como las interconsultas urgentes de otros Servicios.

Existe un quirófano de urgencias, que se comparte con otros servicios quirúrgicos de guardia, que está dotado de los suficientes medios materiales y humanos para poder realizar durante la guardia cualquier tipo de intervención quirúrgica, sea abierta o vía laparoscópica, incluida la cirugía torácica.

Además, la Unidad Docente dispone en el área física de urgencias de:

- Un Box de uso preferente dotado con material específico para la asistencia por cirujano.

- Un quirófano de cirugía menor para pequeñas intervenciones o suturas limpias, dotado con lámpara zenital, mesa articulada electromecánica, sistemas de monitorización, electrobisturí, y material e instrumental propio de pequeña cirugía.
- Un Box de Emergencias (de uso universal), con dotación instrumental para cirugía de salvamento (Toracotomía en Urgencias).

1.1.5. Área Administrativa:

La Unidad cuenta con un área destinada a tareas administrativas, ubicada en la sexta planta, donde se localiza:

- Un despacho para Secretaría, contando con dos administrativas a tiempo completo, implementado con ordenadores conectados a la Intranet del Hospital, teléfono, fax, impresora, material de oficina.
- Un despacho para el Jefe de la Unidad Docente, con ordenador conectado a la Intranet del Hospital e Internet, teléfono, material de oficina.
- Dos despachos para cada Jefe de Sección, con ordenador conectado a la Intranet del Hospital e Internet, teléfono, material de oficina.
- Una sala de Sesiones implementada con ordenador conectado a la Intranet del Hospital, con Cañón de salida de imagen, pantalla, negatoscopio, panel portafolios de exposición, teléfono.
- Una sala multiusos con seis ordenadores conectados a la Intranet del Hospital e Internet, impresora, teléfono, mesas de trabajo, cajoneras individuales para los miembros de la unidad, mini-biblioteca y hemeroteca, archivos históricos del Servicio, una cámara digital de alta resolución.
- Una habitación de reposo con sofás, TV y sistema de videograbación.

1.2. ASISTENCIALES.

El fin principal de la Unidad Docente de Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGAD) es el tratamiento de procesos patológicos propios de la especialidad y la promoción de la salud. Serán premisas fundamentales en la consecución de este fin, obtenerlo a través de una hospitalización mínima, y de una agresión quirúrgica lo más limitada posible.

En la tarea asistencial es objetivo de la Unidad Docente la calidad total, para ello se utilizarán sistemas de auditoría interna. Se fomentará la elaboración y aplicación clínica de protocolos diagnóstico-terapéuticos y vías clínicas.

Para ello se dispondrá del personal técnico y auxiliar suficiente, así como de los medios materiales necesarios.

La asistencia se extenderá, en caso de que fuera necesaria su aportación en el diagnóstico y tratamiento del enfermo, a pacientes ingresados en otros Servicios, siempre previa solicitud de consulta.

El carácter fundamental de la Unidad Docente será el asistencial, prevaleciendo sobre los demás, pero entendiendo que las funciones asistenciales, docente e investigadora se solapan de tal manera que es difícil separarlas. Por otro lado el nivel de calidad en la asistencia aumentará, si se consideran y se potencian las funciones docente y de investigación, que sirven de acicate para una mejora continua.

La Unidad Docente de Cirugía General y del Aparato Digestivo atenderá a todos los pacientes que el Servicio Murciano de Salud, como provisor de servicios, prestaciones y programas sanitarios señale como autorizados.

Las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva. En este sentido el acceso de los pacientes se canalizará por el Servicio de Admisión y a través de lista única.

En la atención a los pacientes por parte de la Unidad Docente de Cirugía General y del Aparato Digestivo se estará a lo dispuesto por la Ley General de Sanidad, así como por la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (Ley 41/2002, de 14 de noviembre). Igualmente se ajustará al Decreto 80/2005 del Comunidad Autónoma de la Región de Murcia sobre Instrucciones previas y su registro (BORM 164, pág. 17253).

La actividad asistencial se desarrollará en cuatro áreas:

1. Área de Hospitalización.
2. Área de Consultas Externas.
3. Área Quirúrgica.
4. Área de Urgencias.

1.2.1. Área de Hospitalización:

El objetivo es lograr la mínima estancia con los mejores resultados clínicos y de satisfacción del paciente y familiares.

Médico responsable del paciente: salvo indicación expresa por parte del Jefe de la Unidad Docente o Sección, el médico responsable de un enfermo ingresado será y por el siguiente orden de prelación:

- 1º. Quién lo haya operado.
- 2º. Quién lo haya ingresado.
- 3º. Quién lo haya atendido en Consulta Externa.

a) Visita diaria a los enfermos hospitalizados:

❖ Necesidad

El estudio de la evolución diaria del enfermo, el curso de la enfermedad, es necesario para todos los que integran un grupo de trabajo hospitalario. No se puede quitar la oportunidad a los médicos especialistas en formación, de aprender diariamente los cambios acaecidos en la enfermedad. Es necesario que esta visita sea practicada conjuntamente. El Jefe de la Unidad Docente lo hará al menos un día a la semana, y cuando sea requerido por algún miembro de la Unidad, para constatar el nivel de atención y asistencia ejercidos por los médicos encargados del paciente a la vez que supervisar las directrices de tratamiento, por si fuese necesaria cualquier modificación en el mismo, o petición de nuevas exploraciones complementarias.

❖ *Horario*

La visita ocupará la primera actividad del día, tras la sesión diaria a que luego se hará alusión. Comenzará sobre las 10 horas.

Nos servirá para informarnos de las novedades de la noche anterior e instaurar o corregir una terapéutica establecida. Por otra parte, el personal de enfermería tendrá constancia precozmente de las prescripciones de cada enfermo para su realización inmediata.

El carácter de esta visita será diario (incluso sábados y festivos), no pudiendo suspenderse por ningún motivo. Será realizada de forma conjunta por los médicos de la Unidad Docente asignados a esta función en la planilla semanal.

Los sábados, la visita será realizada por el cirujano asignado al efecto y programado en la planilla semanal de la Unidad Docente, en tanto que en los días festivos la realizarán los cirujanos de Guardia entrantes, previa sesión con los cirujanos salientes que les informarán de lo acontecido en la guardia, manteniendo así el nivel asistencial adecuado.

❖ *Duración*

Por depender la duración de esta actividad del número de pacientes hospitalizados y de las características del proceso que padezcan en su vertiente diagnóstica o en el curso evolutivo, no puede establecerse un tiempo mínimo para su desarrollo. En cambio ha de recomendarse que, salvo excepción totalmente justificada, finalice entre los 60 y 90 minutos de su comienzo, a fin de facilitar el trabajo de enfermería.

❖ *Desarrollo*

Las características principales del enfermo y su evolución, serán comentadas por el médico encargado del mismo, realizando los asistentes, las sugerencias que creyeran oportunas. Cuando sea necesario se practicará la exploración clínica del paciente por parte de los facultativos que efectúan la visita, confrontando sus hallazgos y opiniones.

Los comentarios delante del paciente no serán nunca alarmistas ni preocupantes. Se evitarán expresiones que induzcan a pensar en mala evolución o mal pronóstico.

Las incidencias ocurridas o los datos clínicos de interés serán reseñados diariamente en la hoja de evolución, lo que será un indicador del nivel de atención y asistencia ejercidos por los médicos encargados del paciente. En la hoja de evolución se anotarán igualmente los razonamientos, criterios e indicaciones por las cuales se eligen los métodos diagnósticos y el tratamiento propuestos. Por último señalar que entre los datos expuestos en la hoja de evolución y el tratamiento reseñado en la hoja de tratamiento debe existir una relación razonable y evidente. En resumen, la hoja de evolución no debe ser una simple copia de datos, sino reflejar el proceso mental por el cual se llega a un diagnóstico y se instaura un tratamiento médico o se indica una intervención quirúrgica.

En lo posible, cualquier cambio que se practique en el tratamiento, petición de examen de laboratorio o exploración complementaria, se realizará antes de abandonar la habitación del paciente.

La cumplimentación de impresos de solicitud de pruebas complementarias es responsabilidad del médico encargado del paciente, que seguirá los procedimientos establecidos con carácter general para todo el Hospital

La revisión de radiografías u otras exploraciones no se efectuará en el curso de la visita, ante el enfermo o enfermos que se hallen en la habitación. Durante esta visita solo se revisará el protocolo clínico y de laboratorio. El resultado de las exploraciones radiológicas efectuadas a los pacientes, se estudiará y discutirá en sala aparte, antes o después de comenzar la visita hospitalaria que nos ocupa.

El tratamiento que el paciente deba seguir se indicará en la hoja de tratamiento.

Las órdenes de tratamiento se escribirán de forma legible, con todos los datos necesarios para una correcta administración y se sancionará con firma identificable. En lo posible, se evitarán órdenes de tratamiento condicionadas que dependan de apreciaciones subjetivas, tanto de los pacientes como del personal de enfermería.

Una vez terminada la visita por las habitaciones, si se debe ejecutar alguna cura o manipulación, que no puede ser realizada por el personal de enfermería el médico responsable del paciente será el encargado de llevarla a cabo, auxiliado por un médico especialista en formación y/o una enfermera. Todos los procedimientos realizados constarán en la hoja de evolución.

Las hojas de consulta a otros Servicios se cursarán por conducto habitual si no tuvieran urgencia. Si el paciente debe ser visto ese mismo día por otro especialista el médico encargado del mismo se preocupará de que así sea, mediante contacto personal y directo con el especialista correspondiente.

Los días y medios de información a los familiares serán regulados por el Jefe de la Unidad Docente. El médico que haya realizado la visita de planta ese día será responsable de informar. En casos muy concretos (por las características clínicas o personales del paciente) el encargado de informar será su médico responsable y actuará como interlocutor entre el paciente y sus familiares y el resto de médicos y de unidades del Hospital.

Como norma general se informará a los familiares de lunes a viernes, una vez finalizada la visita, en tanto que los fines de semana y festivos, cuando aparezcan cambios relevantes en la situación clínica del paciente.

Se contestarán de la forma más comprensible para el interlocutor todas las preguntas que este nos plantee. Y no debe importarnos reconocer que hay preguntas sin respuesta.

Al finalizar la visita clínica, todo el personal, médico y de enfermería, habrá de conocer perfectamente el trabajo a desarrollar, comenzándolo sin dilación, con absoluta independencia de la actuación de los restantes médicos.

b) Situaciones de hospitalización:

b.1. En el preoperatorio

Es el tiempo de hospitalización que transcurre entre el ingreso del paciente y la intervención o alta de la Unidad Docente.

Un paciente en el preoperatorio puede estar en tres situaciones distintas:

1.- *En proceso diagnóstico:* pendiente de completar el diagnóstico con exploraciones que requieren hospitalización.

2.- *En valoración de riesgo quirúrgico:* la primera cualidad de una intervención quirúrgica es la de estar indicada, es decir, ser útil y oportuna.

A partir de un exacto diagnóstico, si pesan más las indicaciones, estará indicada la intervención. Si por el contrario pesan más las contraindicaciones, supondrá la

abstención definitiva o temporal, ya que ciertos riesgos quirúrgicos pueden ser aminorados o anulados con un tratamiento adecuado.

Dejando a un lado los exámenes destinados a precisar el diagnóstico, nos referiremos a los que tienen por objeto valorar las deficiencias evidentes, investigar las taras inaparentes, en resumen, cotejar el riesgo individual.

- La exploración clínica: nutrición, edad, auscultación cardiorespiratoria, frecuencia del pulso, tensión arterial, temperatura, volumen de orina en 24 horas, etc.
- Exámenes de laboratorio: hemograma, bioquímica, prueba de coagulación, grupo sanguíneo y factor Rh.
- Exámenes complementarios: ECG, examen radiológico del tórax, pruebas de función respiratoria.
- Otros exámenes opcionales.

Todos los datos obtenidos serán valorados siempre en relación con la agresividad de la intervención quirúrgica que se piensa realizar.

Es obligatoria la valoración del riesgo quirúrgico por parte del anestesta. En algunos casos otros especialistas también serán requeridos para emitir su juicio sobre el riesgo quirúrgico y los medios para aminorarlo.

Todos los enfermos que deban ser intervenidos tendrán visita preanestésica por parte de la Unidad Docente de Anestesiología y Reanimación indicando (si fuera procedente), el tipo de premedicación anestésica así como la hora en que ha de administrarse, firmando las órdenes de forma legible.

3.- Preparación preoperatoria.

- Corrección de las deficiencias: sería difícil pasar revista a todos los estados que imponen al cirujano un periodo de preparación del paciente, pero a veces existen problemas de desnutrición, deshidratación, anemia, etc. Una vez detectados éstos, se actuará en consecuencia.
- Profilaxis antibiótica.: según protocolo de antibióticoterapia del Hospital realizado por la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica.
- Profilaxis tromboembólica: en pacientes con riesgo, según protocolo.

b.2. En el postoperatorio

En la visita diaria se debe estar alerta para la detección precoz de complicaciones postoperatorias. Sólo la perspicacia clínica y la minuciosidad en la exploración y en la valoración de exámenes complementarios permiten, en muchas ocasiones, el diagnóstico de complicaciones que en fases más avanzadas resultarían desastrosas.

b.3. En el postoperatorio de alto riesgo

Es evidente que un enfermo grave, después de la intervención, necesita una atención continua durante cierto periodo de tiempo, y no puede ser trasladado a la planta de hospitalización.

Existen dos circunstancias, a grandes rasgos, que precisan de esta atención.

1.- Por una parte, aquellos enfermos que habiendo sido sometidos a una intervención quirúrgica, llamemos ordinaria, por presentar patologías previas, hacen presuespecialista en formación que pueden tener una descompensación y se complique gravemente el postoperatorio.

2.- Por otra parte, aquellos enfermos en los que no existiendo previamente patología, han sido sometidos durante el acto operatorio a una agresión quirúrgica

importante. Estos enfermos pues, precisan de una reanimación postoperatoria mientras persista su gravedad. El destino de estos pacientes es la sala de Reanimación Postquirúrgica o la Unidad de Cuidados Intensivos.

Mientras estos pacientes permanezcan en estas unidades la responsabilidad global del tratamiento recaerá sobre el anestesista-reanimador o sobre el intensivista. Sin embargo no decae la obligación de visita diaria (con todas sus consecuencias), por parte del cirujano responsable que debe indicar el tratamiento en lo que atañe al aspecto quirúrgico del postoperatorio, y debe interesarse por el resto de decisiones diagnósticas o terapéuticas. En caso de abstención terapéutica, por razones de situación irrecuperable del paciente, el cirujano responsable será consultado al respecto.

c) Medidas de Seguridad:

- Carro de parada.

En la planta de hospitalizados se dispondrá de un maletín de urgencia o carro de parada con todo el material necesario para realizar maniobras de resucitación cardiorrespiratoria.

Este carro estará precintado. Cuando se utilice, la supervisora de la planta lo revisará y repondrá el material utilizado. Una vez al mes, hará asimismo una revisión que consistirá en cambiar la pila del laringoscopio y precintarlo de nuevo.

Todos los médicos y enfermeros del Servicio tendrán conocimiento de la existencia, situación y contenido del maletín de urgencia situado en la planta. Tienen, asimismo, la obligación de realizar prácticas de emergencia simuladas para responder de forma coordinada y efectiva en casos reales.

d) Información al Paciente:

1.- Información a pacientes y familiares

El destinatario de la información es el paciente. Las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, serán informadas en la medida que este lo permita de manera expresa o tácita. El paciente también puede prohibir expresamente la información a cualquier persona.

La información será preferentemente oral, y escrita cuando el paciente o los familiares así lo soliciten, y contendrá los datos más relevantes en cuanto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. También se recurrirá a información escrita cuando surjan graves situaciones de conflictividad con el paciente o con sus familiares.

La información suministrada será veraz, directa, comprensible y honesta, sin crear falsas expectativas, pero tampoco desaliento.

2.- Consentimiento informado para la intervención

El consentimiento informado es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada para que tenga lugar una actuación que afecte a su salud.

Es el propio paciente quien debe otorgar su consentimiento. En el caso de carecer de la competencia para tomar la decisión, esta le corresponderá a su representante o, en su defecto, a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

El consentimiento del paciente tiene que prestarse antes de la actuación que se pretende llevar a cabo, una vez que se ha facilitado la información adecuada.

El consentimiento será verbal por regla general, y se dejará constancia en la historia clínica. El consentimiento se formalizará por escrito en los siguientes supuestos:

- Intervención quirúrgica.
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores.
- En general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

El documento de consentimiento informado es un soporte escrito y puntual del proceso continuo y gradual de información en la relación médico-paciente. Se debe entregar al paciente con la mayor antelación posible, en ningún caso con menos de 24 horas antes del procedimiento que se vaya a realizar, con el fin de que pueda reflexionar y solicitar cuantas aclaraciones considere necesarias para adoptar una decisión, siempre que no se trate de actividades urgentes.

El paciente debe conocer que el consentimiento es revocable en cualquier momento, pudiendo retirarlo libremente cuando lo desee sin necesidad de expresar los motivos por los que lo hace. La revocación debe constar por escrito.

3.- Información sobre exploraciones complementarias.

Se informará al paciente sobre la solicitud de cualquier prueba complementaria. Cuando el profesional que indica el procedimiento y el profesional que lo va a realizar no es la misma persona, el primero informará al paciente sobre las circunstancias de la indicación y sobre los aspectos básicos del procedimiento, siendo el profesional que lo va a realizar, el que completará dicha información y el encargado de obtener su consentimiento.

e) Hojas de Consulta:

El médico que pase planta responderá las Hojas de Consulta no urgentes que lleguen al Servicio en su día. Si los pacientes deben pasar a cargo de la Unidad Docente de Cirugía General y del Aparato Digestivo será su médico responsable. Los días pares corresponderá responder la hoja a la Sección A y los impares a la Sección B

1.2.2.- Área de Consultas Externas:

◆ Horario

La Consulta Externa de la Unidad Docente de Cirugía General y del Aparato Digestivo es diaria, de lunes a viernes. El horario es de 9.00 a 15.00 horas.

La lista de pacientes citados será confeccionada y suministrada por el Servicio de Admisión.

Las consultas se distribuyen equitativamente entre los miembros de la Unidad Docente, siendo personalizadas en una frecuencia quincenal, para pacientes operados o de visitas sucesivas, en tanto que se reserva los lunes y una consulta de viernes para primeras consultas. De otro lado cada unidad funcional tiene su consulta semanal.

Un día a la semana, el tiempo destinado a revisiones de enfermos, lo será para aquellos casos especiales por su gravedad, interés, o cualquier otra peculiaridad, asistiendo siempre a esta consulta especial, el Jefe de la Unidad Docente.

Los casos clínicos que por sus características puedan ser de interés para el resto de los miembros del Servicio, serán presentados en una de las sesiones clínicas programadas.

◆ Personal

El médico encargado de la consulta, Jefe de Sección o Adjunto, será designado con antelación suficiente para permitir la citación de los pacientes del mismo. El listado mensual de consulta será firmado por el Jefe de la Unidad Docente, los cambios que pudieran producirse en este listado serán siempre por fuerza mayor y deben ser autorizados por el Jefe de la Unidad Docente.

En caso de ausencia del médico designado para pasar la consulta otro facultativo, designado por el Jefe de la Unidad Docente, sustituirá al primero.

Los Médicos Especialistas en Formación, en turno rotatorio semanal, asistirán a la consulta, realizando la exploración en los pacientes nuevos y las revisiones de enfermos ya intervenidos, junto con el Jefe de Sección o Adjunto, quien llevará el peso de la consulta, explicando a los primeros cuando así pueda hacerlo, las particularidades del diagnóstico, intervención, curso evolutivo o pronóstico.

Junto con el grupo médico, se hallará una enfermera o auxiliar de enfermería que distribuirá los pacientes, ayudando al enfermo y médicos en la sala de exploración. Se ha de procurar la asistencia siempre de la misma enfermera para que, conociendo todas las características de la tramitación, ayude a mantener un nivel óptimo en este trabajo.

◆ Distribución y material

Las consultas y la sala de curas dispondrán del material necesario, distribuido de la forma más conveniente, para prestar la atención adecuada a los pacientes que a ellas acuden y en cantidad suficiente para prevenir cualquier eventualidad (material de cura estéril, guantes, apósitos, jeringas, fármacos, etc.)

◆ Procedimiento

Todos los datos advertidos en cada consulta siempre que sean interesantes para el curso evolutivo de la enfermedad, o para el propio enfermo, serán recogidos de forma escueta en la historia clínica o en un registro adicional de evolución. Esta reseña se practicará en el momento de advertir el dato, antes de que el enfermo abandone de la consulta.

Se solicitarán al paciente las exploraciones complementarias oportunas, rellenando para ello los impresos que el Hospital determine.

Si el paciente debe volver a la consulta se le indicará en cuanto tiempo debe hacerlo.

Si el paciente es dado de alta se informará al Médico de Familia de esta circunstancia mediante el impreso adecuado.

1.2.3. Área Quirúrgica:

◆ *Consideraciones conceptuales*

El acto operatorio supone el contacto directo del cirujano con la lesión o desorden funcional que son objeto de tratamiento.

El acto operatorio constituye la función más específica de la Unidad Docente de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Aunque existen otras funciones importantes, ésta tiene carácter relevante y prioritario sobre las demás, ya que los resultados, hospitalización y complicaciones, dependen fundamentalmente del desarrollo de la intervención.

El acto quirúrgico será realizado por todos los miembros del Servicio, incluyendo a los especialistas en formación para que vayan incorporándose al procedimiento técnico de la Unidad Docente, y puedan terminar su formación hospitalaria practicando los diferentes tipos de intervenciones que se hayan sistematizado en el mismo.

En todo acto quirúrgico intervienen:

- Cirujano: es el encargado de realizar la intervención.
- Primer ayudante: es el encargado de auxiliar al cirujano en todas las maniobras quirúrgicas.
- Segundo ayudante: es el encargado de ayudar al cirujano y al primer ayudante en las maniobras quirúrgicas que se le señalen.

◆ *Horario*

Las intervenciones comenzarán a las 8'30 de la mañana, finalizando a las 3 de la tarde, descontando 30 minutos para un descanso.

El número de pacientes programados en cada sesión quirúrgica dependerá de la gravedad o complejidad técnica de la operación a realizar. Será objetivo prioritario sobre cualquier otro que el porcentaje de intervenciones suspendidas sea 0%.

◆ *Personal*

En el parte de quirófano se asignará, por parte del Jefe de la Unidad Docente, el equipo médico que realizará cada intervención. La inasistencia por parte de algún miembro del equipo quirúrgico a la intervención programada será por razones de fuerza mayor, y siempre aprobados por el Jefe de la Unidad que decidirá las sustituciones oportunas.

Los médicos del Servicio que no participen directamente en una intervención quirúrgica, podrán asistir en calidad de espectadores, siempre que esto pueda redundar en beneficio de su formación y no sean desatendidos otros trabajos.

◆ *Programa quirúrgico.*

El parte de quirófano será confeccionado por el Jefe de la Unidad Docente con una semana de anticipación, siendo comunicado a quirófano, secretaría del servicio y control de enfermería de planta de hospitalización.

Se especificará en él, el nombre del paciente y sus dos apellidos, números de cama y habitación, fecha de ingreso, enfermedad que padece (en clave o acróstico), así como tipo de intervención a que será sometido y tipo de anestesia a utilizar (general o local).

El parte incluirá la relación completa del equipo de médicos que ha de realizar la intervención en el casillero correspondiente, con designación expresa de cirujano, 1º ayudante y 2º ayudante.

Cualquier cambio de estos datos se avisará a la Supervisora de quirófano o a Anestesiista y personal de enfermería de guardia para tomar las medidas oportunas.

◆ *Hoja operatoria.*

Una vez finalizada la intervención, el cirujano o el primer ayudante, cumplimentará la hoja de protocolo quirúrgico, así como el protocolo clínico, antes de realizar cualquier otra función o salir del recinto de quirófanos.

Se procurará adaptarse al siguiente orden de exposición:

1. Posición del paciente y tipo de anestesia empleado (general, locorreional, raquídea, local, etc.)
2. Incisión y tipo de abordaje.
3. Hallazgos operatorios.
4. Maniobras quirúrgicas.
5. Drenajes. Numerados si fueran más de uno.
6. Tipo de cierre parietal y suturas empleadas.
7. Enumeración de muestras remitidas a laboratorio, anatomía patológica o a otros servicios.
8. Incidentes destacables durante la intervención (transfusiones, falta de compresas en el recuento, pinchazos del cirujano o ayudantes...).

El cirujano es el responsable de los datos expuestos en este informe.

◆ *Disposiciones y normas generales en quirófano*

En todo quirófano se requiere establecer normas de conducta para todo el personal. Este último está constituido en términos generales por:

1. Personal médico: cirujanos y especialistas en formación.
2. Personal de enfermería: supervisora, circulantes e instrumentista.
3. Personal no sanitario: administrativos, celadores, personal de limpieza.

Cualquiera que sea la categoría de este personal, todos deben regirse por los siguientes principios:

I. Todo el personal trabajará usando el uniforme reglamentario y se atenderá a lo especificado en la normativa de circulación de quirófano.

II. No intervendrán en las operaciones personas ajenas al Hospital, exceptuando casos especialmente autorizados por el Jefe de la Unidad Docente y la Dirección del Hospital.

III. Los visitantes podrán pasar a la sala de operaciones siempre que cuenten con la preceptiva autorización y acompañados por personal del Hospital. En todo caso se uniformarán correctamente.

IV. El Jefe de la Unidad Docente es el único autorizado para cambiar el equipo quirúrgico.

V. Sólo el cirujano o quien él autorice puede dar información acerca de la intervención realizada a los familiares del paciente.

VI. El resto de personal de la sala de operaciones tiene prohibido dar información acerca del diagnóstico, técnicas, accidentes, resultado del acto quirúrgico o cualesquiera otra circunstancia acaecida en la sala.

VII. El personal del Hospital que trabaja en el área quirúrgica tratará al enfermo con la mayor consideración, evitando comentarios que puedan alarmarlo, maniobras que lo molesten innecesariamente, o que ofendan su dignidad.

VIII. El personal que trabaja en el área quirúrgica se tratará con absoluto respeto entre sí, evitando bromas o comentarios groseros o de mal gusto.

IX. Los equipos de ropa o instrumental utilizados deben estar preparados exclusivamente en esterilización del Hospital.

X. No podrán retirarse de la sala de operaciones ropa, compresas, muebles, instrumentos, piezas operatorias, etc. sin el conocimiento y autorización del personal de dicha sala.

XI. Es responsabilidad de todo el personal cumplir con estas obligaciones.

a) Funciones del Cirujano

Al cirujano en el quirófano se le encomiendan las siguientes funciones:

1. Es el encargado y responsable en el aspecto quirúrgico de todo cuanto sucede en quirófano durante la intervención, y por lo tanto, el resto de personal esta sometido en este momento a sus órdenes.

En caso de conflicto con el resto de personal, médico o no médico, es la máxima autoridad, tomará las decisiones que crea oportunas asumiendo toda la responsabilidad.

2. Es responsable de señalar en la solicitud de operación el tipo de intervención, la duración probable, el instrumental necesario, las pruebas preoperatorias, la cantidad de sangre cruzada, y si se requerirán los servicios de radiología, anatomía patológica, etc.

3. Es responsable de que todo el expediente clínico del paciente se encuentre en la sala de operaciones cuando comience la intervención.

4. Es responsable directo de la técnica quirúrgica que se realice durante el acto operatorio.

5. Permanecerá en quirófano todo el tiempo que dure la intervención. La intervención se extiende desde la incisión en piel hasta la sutura de la misma. En caso de muerte del paciente, no abandonará el quirófano hasta que hayan terminado todos los trámites para la entrega del cadáver a los familiares o a la autoridad judicial.

6. Está obligado, antes de abandonar el área quirúrgica, a escribir o dictar la descripción de la operación en la hoja operatoria. Igualmente indicará por escrito el tratamiento postoperatorio en la hoja al efecto.

7. Es responsable de cerciorarse del estado clínico y condiciones postoperatorias inmediatas del paciente.

8. Informará a las personas vinculadas al paciente, por razones familiares o de hecho, del resultado de la intervención, (siempre que el paciente haya consentido para que sean informados).

b) Funciones del Primer Ayudante

Las funciones del primer ayudante en la sala de operaciones serán las siguientes:

1. Deberá comenzar su preparación 15 minutos antes de la hora señalada para la intervención.

2. Junto con el anestesista tiene la obligación de verificar la identidad del paciente, así como la región o miembro a intervenir.

3. Es responsable de revisar el expediente clínico del enfermo, y comprobar que contiene todos los datos necesarios para comenzar la intervención, y colgará las exploraciones radiológicas más demostrativas en la pantalla del ordenador intraquirófano.

4. Junto con la enfermera instrumentista vigilará la correcta posición del paciente para la intervención que se va a realizar. Llevará a cabo la antisepsia del campo operatorio.

5. Se atenderá estrictamente a las indicaciones del cirujano durante el acto operatorio, adelantándose en lo que se refiere a los tiempos operatorios y pidiendo a la instrumentista el equipo e instrumental necesario.

6. Al finalizar la intervención o en caso de fallecimiento del paciente permanecerá en quirófano hasta que el cirujano le autorice a retirarse.

7. Se encargará de dictar las órdenes necesarias para los estudios histopatológicos ordenados por el cirujano.

8. En ausencia del segundo ayudante asumirá las funciones encomendadas a éste.

9. Supervisará los cuidados de la herida quirúrgica y la colocación del apósito. Igualmente se encargará de supervisar los drenajes y su correcta conexión.

10. Será el encargado de dictar la operación realizada y de instaurar tratamiento postoperatorio así como informar a la familia, si el cirujano se lo encomienda.

c) Funciones del Segundo Ayudante

Son funciones del segundo ayudante:

1. Comenzará su preparación 15 minutos antes de la hora señalada para la intervención.

2. Ayudará al primer ayudante y a la instrumentista en la correcta colocación del enfermo, y después en la antisepsia del campo operatorio.

3. Se atenderá estrictamente a las instrucciones del cirujano y del primer ayudante durante la intervención.

4. Permanecerá en la sala de operaciones todo el tiempo que dure la intervención y en caso necesario hasta que el cirujano le permita retirarse.

1.2.4. Área de Urgencias:

◆ *Consideraciones conceptuales.*

Se define la urgencia como todo proceso de enfermedad que de no ser atendida en un tiempo breve de tiempo podría amenazar gravemente la salud e incluso la vida del paciente.

La atención de urgencias está inscrita dentro de la atención continuada que el Hospital tiene obligación de proporcionar a todos sus usuarios.

Las urgencias pueden ser:

- Externas: son aquellas que acuden a la Puerta de Urgencias del Centro.

- Internas: son las generadas dentro del propio Hospital. Estas a su vez pueden ser de la propia Unidad Docente (de los enfermos a nuestro cargo), o de otros Servicios del Hospital.

◆ *Horario.*

El periodo de guardia se extenderá desde las 9 horas del día hasta las 9 horas del día siguiente.

◆ *Personal.*

El personal médico de la Unidad Docente adscrito diariamente a urgencias es:

Dos cirujanos de presencia física (24 hs.) y el/los especialistas en formación que ese día les corresponda realizar guardia según su programación.

La lista de guardias se elaborará al menos con 1 mes de antelación, se incluirán en ella de forma periódica y equitativa todos los médicos de la Unidad Docente que no estén exentos de la realización de guardias.

Los cambios en la lista de guardias serán autorizados por el Jefe de la Unidad Docente.

En caso de enfermedad o ausencia (justificada o no), del médico designado para cubrir la guardia, será sustituido por otro miembro de la Unidad Docente. Si no hubiera acuerdo entre los miembros de la Unidad para esta sustitución, se constituye como lista de sustitución obligatoria aquella formada por los cirujanos de guardia de los días siguientes y en el orden establecido en la lista de guardias de ese mes. Si lo anterior fuera imposible por no localizarse a ninguno de ellos el Jefe de la Unidad Docente, Director del Centro o Jefe de la Guardia determinarán la oportuna solución.

El cirujano de presencia física saliente, así como el especialista en formación, librará el día siguiente de la guardia, quedando exentos de actividad.

- Obligaciones del Personal de Guardia entrante:

1. Presentarse puntualmente al relevo de guardia.
2. Informarse de las incidencias más relevantes de la guardia anterior y de que pacientes pueden requerir una más estrecha vigilancia.
3. Hacerse cargo de los pacientes a cargo de la Unidad Docente de Cirugía General y del Aparato Digestivo en la Puerta de Urgencias, pero aún no ingresados.

- Obligaciones del Personal de Guardia saliente:

1. Informar al equipo de guardia entrante de las incidencias más relevantes de la guardia concluida y de los pacientes que pudieran requerir una más estrecha vigilancia.
2. Informar de todos los asuntos que queden pendientes de resolver, así como de los pacientes pendientes de ingresar.

Durante los días laborables, toda la información antes referida se dará por el cirujano saliente de guardia en la Sesión Clínica diaria ante todos los miembros del Servicio.

Los sábados y festivos, esta información se realizará entre el equipo de Guardia saliente y el entrante, y el primer día laborable siguiente, se expondrá en la Sesión Clínica matinal.

- Funciones del cirujano de Guardia

1. Estará siempre localizable mediante un buscapersonas.
2. Acudirá sin demoras cuando se solicite su presencia.
3. Atenderá cualquier urgencia, interna o externa, según su mejor saber y entender. Tiene por tanto plena autoridad y autonomía para utilizar todos los recursos que el Hospital pone a su disposición, para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, y finalmente para darles el alta o ingresarlos.

Cuando se deba instaurar tratamiento a pacientes de otros Servicios, previa solicitud de Consulta, se informará siempre al Médico responsable. Si ello no fuera posible en ese momento debemos valorar cuidadosamente las posibles interacciones medicamentosas con el tratamiento ya establecido, y en caso de duda y salvo urgencias sería deseable aconsejar el tratamiento en la hoja de evolución sin llegar a ordenarlo en la hoja de tratamiento.

4. Sus juicios e indicaciones respecto a la urgencia de su especialidad prevalecerán sobre las opiniones de otros médicos de guardia. En caso de conflicto de competencias con otros especialistas de guardia el Jefe de Guardia dictará resolución de obligado cumplimiento (sin perjuicio de posteriores reclamaciones).

5. Supervisará la actuación de los Médicos especialistas en formación asignados a la guardia de cirugía.

6. Es el único autorizado, en circunstancias normales, para requerir la presencia del cirujano localizado, si lo hubiere.

7. Será responsable de que se cumplan los procedimientos administrativos del Hospital y los establecidos por disposiciones legales o reglamentarias (en especial partes al juzgado de guardia y aviso a Médico Forense). Firmará los certificados de defunción, si no hubiera impedimento para ello, de pacientes del Servicio en ausencia del Médico responsable del paciente.

8. Cumplimentará una hoja con fines estadísticos donde se resumirá todo el trabajo realizado durante su jornada de guardia.

9. Durante la jornada no laboral, o festivo, tendrá capacidad para tomar las decisiones competencia del Jefe de la Unidad Docente que no admitan demora.

10. Expondrá las incidencias de la guardia en la sesión matinal del Servicio y responderá a las preguntas planteadas.

- Funciones del cirujano Localizado (cuando lo hubiere)

1. Estará siempre localizable mediante buscapersonas o teléfono móvil.

2. Solo puede ser avisado por: el Director del Centro, el Jefe del Unidad Docente de Cirugía o el cirujano de Presencia Física.

3. Cuando se requiera su presencia acudirá al Hospital en un tiempo máximo de 60 minutos.

4. Si sus servicios son requeridos durante el turno de noche, tiene derecho a libranza del día siguiente.

1.2.5. Alta del Paciente:

Una vez que el enfermo, intervenido o no, no precise permanecer ingresado, es dado de alta.

El alta puede suceder por:

- Pasar el paciente a su domicilio.
- Traslado a otro Servicio dentro del Hospital.
- Traslado a otro Hospital.
- Éxitus.

El cirujano responsable de cada paciente, elaborará o dictará a la secretaria el alta correspondiente, al terminar la visita a los enfermos, o al final de la mañana. Es fundamental que se realice puntualmente (excepto los sábados y festivos si no hay secretaria, y en estos casos se enviará por correo al interesado), para que los pacientes abandonen el Hospital con el informe de alta en su poder.

En caso de éxitus el informe de alta se entregará a la familia.

El informe de alta debe ser completo, preciso, claro y veraz. Se ajustará al orden establecido por el Servicio de Documentación Clínica. En él se recogerán, al menos, los siguientes apartados:

- Datos de filiación y fechas de ingreso y alta.
- Motivo de consulta.
- Antecedentes familiares, si son relevantes.
- Antecedentes personales.
- Enfermedad actual.
- Exploración física.
- Pruebas complementarias.
- Intervenciones quirúrgicas, si estas se produjeron, y fecha de la misma
- Evolución postoperatoria o durante el ingreso.
- Anatomía patológica, en su caso.
- Diagnósticos principales.
- Diagnósticos secundarios
- Procedimientos quirúrgicos
- Otros procedimientos
- Recomendaciones y tratamiento aconsejado en domicilio.
- Fecha de próxima revisión en Consulta Externa, o remisión a Médico de Familia o a otro especialista.

Finalmente el informe será firmado por el Médico responsable y por el Jefe de la Unidad Docente.

El Jefe de Sección será responsable de que así se realice.

1.3. DE ORGANIZACIÓN

El responsable del Servicio tendrá la categoría de Jefe de Servicio y de la Unidad Docente y estará bajo la dependencia inmediata del Director Médico. En caso de ausencia asumirá sus funciones el Jefe de Sección más antiguo. El Jefe de Sección

dependerá del Jefe de Servicio. En caso de ausencia asumirá sus funciones el Médico Adjunto más antiguo.

Aunque el carácter dinámico y multidisciplinar de la Especialidad hace necesario que todos los miembros de la Unidad Docente estén a disposición de los requerimientos del Servicio, a efectos organizativos el personal médico de muestra Unidad Docente se ha dividido en 2 secciones (A y B) que están bajo responsabilidad de un Jefe de Sección cada una. Asimismo los adjuntos del Servicio se distribuyen equitativamente en cada sección. A su vez, los Especialistas en Formación se asignan a cada Sección según su año de ingreso, sin menoscabo de participar en los asuntos, que su formación lo requiera, de ambas Secciones.

Todo el personal adscrito al Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo se atenderá en cuanto a régimen laboral y disciplinario a lo dispuesto en la Ley 5/2001, de 5 de diciembre, de Personal Estatutario de Servicio Murciano de Salud.

1. 3.1. Funciones del Jefe de Servicio y de la Unidad Docente:

- a) Ejercer la función rectora del Servicio, coordinando la actividad profesional de las Unidades Clínicas que lo integren, así como la utilización de los medios materiales.
- b) Asistir responsablemente a los pacientes de la Unidad Docente, lo mismo en cuanto a su atención directa como a la correcta utilización de los medios diagnósticos y terapéuticos que se les apliquen.
- c) Colaborar con la Dirección de la Institución en el desarrollo de las actividades de las Unidades Clínicas del Servicio.
- d) Proponer a la Dirección las medidas y medios precisos para el desarrollo de la labor asistencial en las áreas de Urgencias y Consulta Externa.
- e) Participar en las reuniones generales periódicas de la Institución, así como proponer las programaciones específicas de su Servicio.
- f) Intervenir activamente en la docencia, velando por el cumplimiento de las normas docentes en su Servicio. Será el Jefe de la Unidad Docente de formación de los Médicos Especialistas en Formación (Residentes) de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
- g) Informar a la Dirección sobre cualquier asunto relacionado con su Servicio, emitiendo informes con la periodicidad que se le solicite.
- h) Formar parte de la Junta Facultativa y de las Comisiones Consultivas de la Institución según se determine en el Reglamento de Régimen Interior.
- i) Informar de los programas de investigación de su Servicio para su estudio en el Comité Ético de Investigación Clínica.

- j) Proponer las variaciones de plantilla así como la organización funcional más adecuada según las necesidades de su Servicio.

1.3.2. Funciones del Jefe de Sección:

- a) Asistir responsablemente a los pacientes de la Unidad Clínica que tenga asignada, lo mismo en cuanto a su atención directa como a la correcta utilización de los medios diagnósticos y terapéuticos que se les apliquen.
- b) Participar en las actividades programadas del Servicio y en las de carácter obligatorio de la Institución.
- c) Desarrollar la actividad quirúrgica que le sea señalada por el Jefe de Servicio.
- d) Actuar en las áreas de Urgencias y de Consulta Externa con la periodicidad que se señale por el Jefe de Servicio.
- e) Informar al Jefe de Servicio sobre cualquier asunto relacionado con el mismo, así como emitir los informes que se le soliciten.
- f) Colaborar en la actividad docente del Servicio, tanto en la formación de Médicos Residentes, como de los alumnos de Licenciatura y del personal sanitario auxiliar, según lo dispuesto por el Jefe de Servicio.
- g) Formar parte de las Comisiones Consultivas cuando así lo determine el Reglamento de Régimen Interior.
- h) Participar en los programas de Investigación del Servicio, bien directamente o en colaboración, de acuerdo con la autorización expresa de la Comisión de Investigación.

1.3.3. Funciones del Médico Adjunto:

- a) Realizar o supervisar las historias clínicas, efectuar las exploraciones y asistir responsablemente a los pacientes que le sean asignados por su Jefe de Sección o Servicio, lo mismo en cuanto a su atención directa como a la correcta utilización de los medios diagnósticos y terapéuticos que se les apliquen.
- b) Participar en las actividades programadas del Servicio y en las de carácter obligatorio de la Institución.
- c) Desarrollar la actividad quirúrgica que le sea señalada por el Jefe de Servicio o Sección.
- d) Actuar en las áreas de Urgencias y de Consulta Externa con la periodicidad que se le señale por el Jefe de Servicio.

- e) Colaborar en la actividad docente del Servicio, tanto en la formación de Médicos Residentes como de los alumnos de Licenciatura y del personal sanitario auxiliar, según lo dispuesto por el Jefe de Servicio.
- f) Participar en los programas de Investigación del Servicio, bien directamente o en colaboración, de acuerdo con la autorización expresa de la Comisión de Investigación.
- g) Formar parte de las Comisiones Consultivas cuando así lo determine el Reglamento de Régimen Interior.

1.3.4 Personal de enfermería:

- a) Bajo normativa de la Dirección de Enfermería y acorde a lo dispuesto por la Supervisión de Enfermería del Servicio realizará sus funciones en coordinación con el personal médico, fundamentalmente en la visita médica diaria.
- b) Asimismo, es el responsable de la recepción del paciente a su ingreso, del mantenimiento de material fungible del área de hospitalización, de la realización de curas, de la aplicación de la medicación pautaada, así como de su petición según protocolo, y en general de las funciones del personal de enfermería.

1.4. RECURSOS HUMANOS

1.4.1. Personal médico:

- 1 Jefe de Servicio o Unidad Docente.
- 2 Jefes de Sección.
- 19 Médicos Adjuntos.
- 5 Médicos Especialistas en Formación.

1.4.2. Personal de enfermería:

a) Hospitalización:

En la Unidad el personal de enfermería trabaja por un sistema de turnos rotatorios, que son cíclicos cada 13 semanas, y a diferencia del resto de los de hospitalización existe una jornada continua de 17 horas, distribuida en turno de tarde y noche. Estos turnos fueron elegidos y aprobados por todo el personal de enfermería de la unidad, y finalmente aprobados por Dirección.

La asignación y distribución del personal de enfermería se realiza por enfermero- auxiliar/ paciente. Esta distribución se realiza en tres turnos durante 24.

- Mañana: 4 enfermeros y 4 auxiliares, con asignación de 9 pacientes cada uno
- Tarde: 3 enfermeros y 3 auxiliares, con asignación de 12 pacientes cada uno

- Noche: 2 enfermeros y 2 auxiliares, con asignación de 18 pacientes cada uno
- Los sábados y festivos: 3 enfermeros y 3 auxiliares en turno de mañana y tarde. Por la noche se mantienen los mismos efectivos

Personal de Enfermería:

Supervisora -----	1
Enfermeros -----	15
Auxiliares de Enfermería -----	15

Personal no sanitario:

Celadores-----	4
Limpiadoras-----	3

b) Consultas externas:

Supervisora compartida.

Una Auxiliar fija encargada de la agenda y recepción de los pacientes de todas las consultas.

Otra Auxiliar que acude en apoyo, según demanda, sin días fijos, que puede estar aproximadamente un 20% del año.

Una enfermera estomaterapeuta, que también realiza todas las curas de heridas que se requieran en consultas.

Una enfermera asignada específicamente para las unidades clínicas de mama y coloproctología.

c) Quirófanos:

El personal depende del área de quirófano y están asignadas tres enfermeras, una auxiliar de enfermería y un celador por cada quirófano.

1.4.3. Personal Administrativo:

Se cuenta con dos secretarías a tiempo completo.

1.5. RECURSOS DIDACTICOS

La unidad cuenta con una sala de sesiones y una sala multiusos, ya descritas en la estructura de la Unidad Docente (1.1.5. Área Administrativa). Aparte de la Biblioteca del Hospital y los recursos que esta provee, en nuestra sala multiusos se encuentra una biblioteca-hemeroteca física y digital de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

1.5.1. Área de Docencia y Biblioteca del Hospital:

a) - Área de Docencia del HGU Reina Sofía

Existe un área de docencia del Hospital, que se complementa con un salón de actos y otras salas de uso común tal como se especifica a continuación:

Ubicación	Local	Capacidad	Equipamiento
Planta 0 - Docencia	Aula informática	16	16 ordenadores para alumnos; 1 ordenador para profesor; Pantalla de proyección; Proyector-cañón; conexión a red; Pizarra.
	Aula N° 1	56	Pantalla de proyección; Proyector-cañón; conexión a red; Pizarra; Equipo informático.
	Aula N° 2	24	Pantalla de proyección; Proyector-cañón; Pizarra.
	Aula N° 3	24	Pantalla de proyección; Proyector-cañón; Pizarra.
	Aula N° 4	35	Pantalla de proyección; Proyector-cañón; conexión a red; Pizarra; Equipo informático.
Planta -1	Salón de Actos	239	Pantalla de proyección; Proyector-cañón; Pizarra; Megafonía.
Planta 2	Sala gerencia	15	Conexión a red.

El hospital dispone de equipamiento informático portátil (proyector-cañón; ordenador; pantalla de proyección, etc.), para equipamiento de salas que lo requieran.

b) - Biblioteca Virtual del Portal Sanitario de la Región de Murcia “MurciaSalud”

El Centro Tecnológico de Información y Documentación Sanitaria dependiente de la Consejería de Sanidad y Política Social de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, es el encargado del diseño, gestión y coordinación del Sistema de Información Sanitaria en Internet e Intranet, a través del Portal Sanitario de la Región de Murcia.

Este Portal está destinado a la formación clínica, a la investigación sanitaria y a ofrecer información a los distintos profesionales sanitarios en el ámbito asistencial, incluyendo la valoración crítica de las evidencias científicas; así como la recopilación y divulgación, a través de las nuevas tecnologías, de información sanitaria y datos de interés general para los ciudadanos y usuarios, tales como servicios sanitarios, salud pública, atención al ciudadano, en coordinación con las unidades correspondientes de la Consejería de Sanidad y Política Social y el del Servicio Murciano de Salud (SMS).

El Portal Sanitario de la Región de Murcia incorpora entre sus diversas áreas, el acceso a una Biblioteca Virtual que va dirigida a todos los profesionales de la Consejería de Sanidad y Política Social y del SMS, y se presenta como un sistema integral de almacenamiento, producción y transferencia del conocimiento científico.

La Biblioteca Virtual está organizada en torno a diversas áreas según el tipo de información a buscar, consultar y recuperar.

- **Buscar revistas electrónicas a texto completo**

Desde esta área se puede acceder a un catálogo de revistas electrónicas a texto completo suscritas y libres en Internet, compuesto por 7760 títulos. Se pueden consultar estas revistas electrónicas según listado alfabético y temático.

- **Buscar artículos en Pubmed**

Desde esta área se puede realizar una búsqueda sobre un tema de interés. A las referencias obtenidas de dicha búsqueda se puede acceder a texto completo o sino tramitar su solicitud desde la Biblioteca Virtual.

- **Recursos para la práctica clínica basada en la evidencia.**

Desde esta área se puede acceder a:

- Metabuscadores como Tripdatabase, Epistemonikos, NHS Evidence,
- Sumarios de evidencia como Preevid, Update, Dynamed, Guía Salud, Enfermería al día.
- Sinopsis de Síntesis como Dare,
- Revisiones Sistemáticas como The Cochrane Library, Cochrane Clinical, Answers, Biblioteca Cochrane Plus, Centro Colaborador Instituto Joanna Briggs.
- Revisiones Sistemáticas en PubMed.
- Sinopsis de Estudio como Revistas Secundarias.
- Bases de Datos de Estudio como Embase, PubMed, CINAHL, Índice Médico Español, Lilac, CUIDENplus.

- **Libros electrónicos**

Desde esta área se puede consultar varios libros electrónicos para las diferentes especialidades médicas y quirúrgicas, así como de enfermería. (Harrison on-line en español, Allergy: an Atlas of Investigation and Management, etc).

- **Otros recursos**

Desde esta área de puede acceder a la página web FISTERRA, Base de datos de tesis doctorales TESEO, Publicaciones de la Consejería de Sanidad.

1.5.2. Recursos bibliográficos en nuestra sala multiusos:

a) Libros:

- Enciclopedia Médico Quirúrgica

b) Revistas:

- Cirugía Española.
- Colorrectal Disease.

c) Archivos Digitales:

Localizados en la página de entrada del Servicio de Cirugía de la Intranet del Hospital, en la página Web del servicio, en formato CD.

- Libros digitales: Guías de la Asociación Española de Cirujanos (Sitges, Cirugía endocrina, 1999; Lledó, Cirugía colorrectal, 2000; Parrilla, Cirugía esofagogástrica, 2001; Jover, Cirugía del paciente politraumatizado, 2001; Caperochipi, Cirugía de la pared abdominal, 2002; Targerona, Cirugía endoscópica, 2003; Casanova, Cirugía hepática, 2004; Ruiz, Gestión clínica en Cirugía, 2005; Guirao, Infecciones en Cirugía, 2005; Sierra, Cirugía de la mama, 2006; Martín, Cirugía de la obesidad mórbida, 2007); ACS Surgery: Principles and Practice, 2005; The ASCRS Textbook of Colon and rectal Surgery, Wolf, 2007; Benign Anorectal Diseases, Santero, 2006; MRI Manual of pelvis cancer, Hulse, 2004; Clinical Ultrasound in benign proctology, Pescatori, 2007; Atlas de Anatomía Humana, Setter, 2000.
- Temas expuestos en las Sesiones Teóricas por miembros de la unidad: formato CD
- Seminarios, casos clínicos, videos quirúrgicos.

2. OBJETIVOS GENERALES DE LA ESPECIALIDAD ADAPTADOS A LA UNIDAD DOC ENTE

El **periodo de formación** en la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo será de 5 años.

El primer objetivo ha de ser la consecución de los conocimientos, habilidades y actitudes que capacitan a un profesional para cumplir, de manera competente y responsable, las funciones que corresponden primariamente a la CGAD, tanto en relación con problemas quirúrgicos electivos como urgentes y tanto en el ámbito de un hospital comarcal o de área como en un hospital de referencia. Debe entenderse que este primer objetivo ha de formar profesionales con capacidad para desarrollar dos perfiles asistenciales diferentes, en relación con el hospital donde vayan a ejercer su función.

En un hospital comarcal 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 nuestra Unidad Docente este apartado se llevará a cabo mediante su labor diaria en el Servicio y su paso por las diferentes rotaciones ya establecidas en su Itinerario Formativo, siempre adaptadas al Plan Individual de cada especialista en formación.

En cambio, en un hospital de referencia, queda liberado de esa responsabilidad, y ejerce exclusivamente como cirujano especialista de aparato digestivo, endocrino y de mama, de otro lado, el segundo objetivo es iniciar la formación complementaria en alguna de las áreas de capacitación o de especial interés, de acuerdo con las circunstancias de cada especialista en formación y las de cada hospital. Cumplida la residencia, el grado de implicación de un especialista en alguna de estas áreas dependerá del progreso de cada cirujano, las necesidades de la población y del contexto hospitalario en que se desenvuelva. En nuestra Unidad consideramos que el establecer rotaciones por las diferentes Unidades Clínicas Multidisciplinares (U. de mama, U. de cirugía endocrina, U. de coloproctología, U. de cirugía bariátrica), en los últimos años de residencia hará que el especialista en formación culmine su especialidad profundizando en estos campos y capacitándolo para ejercer en cualquiera de éstos,

cumpliendo así con las aspiraciones de la segunda parte del primer objetivo y el segundo objetivo, a la vez.

El tercer objetivo, fundamental, es la formación adecuada del especialista en formación en investigación, con el fin de que adquiera una mentalidad crítica y abierta frente a la avalancha informativa respecto a avances y nuevas tecnologías, en el marco de su formación continuada. Y también para que tome conciencia de que, desde su puesto de trabajo, sea el que fuere, puede contribuir al progreso de la ciencia médica. Este objetivo estimamos que debe pasar por su capacitación en los estudios del doctorado, así como profundizar en metodología de la investigación, estimulando y facilitando al especialista en formación el tiempo necesario para lograr estos objetivos. Desde el primer año de residencia se recomienda su matrícula en los estudios de doctorado.

3. COMPETENCIAS A ADQUIRIR EN CADA AÑO DE RESIDENCIA

Elementos fundamentales para el éxito de la formación son, aparte de las capacidades y las actitudes del residente, la explícita definición de los objetivos y de las actividades. El tutor y el jefe de la unidad docente velarán por su consecución.

A. Objetivos y actividades comunes a todas las especialidades médicas

1. Objetivos

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

2. Actividades

Para tales objetivos deberá seguir, durante el primer año de la residencia, cursos o seminarios comunes sobre metodología de la investigación, sobre bioética y sobre gestión clínica, que sumarán al menos 40 horas y con una distribución aconsejada del 60, el 20 y el 20% para las tres facetas de metodología de la investigación, bioética y gestión clínica, respectivamente.

Cada curso o seminario debe incluir una evaluación que ha de superar el especialista en formación de forma obligada. La realización de los diferentes cursos y seminarios, así como los resultados de las evaluaciones, deberán figurar en el libro del residente, adecuadamente visados por el tutor. Los contenidos mínimos de cada curso son:

1. *Curso de Metodología de la Investigación*

- El conocimiento científico. Tipos de investigación.
- Clasificación de estudios clásicos.
- Causalidad.
- Aspectos generales de la medición.
- Casos y series de casos. Estudios ecológicos y transversales.
- Estudios de casos y controles.
- Estudios de cohorte y diseños híbridos.
- Ensayos clínicos.
- Medidas de frecuencia de la enfermedad. Medidas de impacto/efecto.
- Conceptos avanzados sobre sesgo, confusión e interacción.
- Evaluación de las técnicas y procedimientos diagnósticos.
- Revisiones sistemáticas y metaanálisis.
- Desarrollo de un protocolo de investigación (incluyendo tesis doctoral).
- Cómo se comunica los resultados de un trabajo de investigación.
- Cómo se prepara y se presenta un proyecto de investigación que pretenda ser financiado.
- Aspectos básicos de estadística inferencial.
- Aspectos básicos de estadística descriptiva.
- Conceptos básicos sobre evaluación económica.
- Conceptos básicos sobre investigación en el sistema de salud.
- Los métodos cualitativos en la investigación biomédica.
- Ética e investigación (clínica y experimental).
- Principios de informática a nivel usuario.
- Acceso a la información científica.

1. *Curso de Bioética*

- Deontología médica. Código deontológico español.
- Derechos y obligaciones de los pacientes.
- Conflictos éticos.
- Los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia, equidad y autonomía.
- El consentimiento informado.
- Técnicas de comunicación.

3. *Curso de Gestión clínica y Calidad Asistencial*

- Importancia de la gestión clínica como forma de a su especialista en formación las decisiones de utilización de recursos por los profesionales.
- Indicadores asistenciales.
- La gestión de procesos asistenciales. Importancia de la protocolización de procesos en vías clínicas (*clinical pathway*), el papel de los sistemas de información clínica y de los sistemas de clasificación de pacientes (GRD).
- El plan de calidad de un servicio clínico. Las comisiones clínicas. El Modelo Europeo de Excelencia para la gestión de la calidad total (European Foundation Quality Management).

- Los costes del sistema sanitario. La limitación de recursos y la eficiencia en las actuaciones médicas.

Estos cursos, tal y como consta en el Anexo 1, deberían llevarse a cabo durante el primer año de la especialidad.

En cuanto al aprendizaje o perfeccionamiento del idioma inglés, el especialista en formación en CGAD debe procurar en todo momento la mejora en el conocimiento y la práctica del idioma. Debería alcanzar un alto nivel de lectura y, al menos, un nivel medio en conversación. Para este fin, además de cursos específicos, debe estimularse la rotación por hospitales extranjeros durante los últimos dos años de la residencia.

ANEXO 1. Calendario orientativo por años para la realización de cursos de actualización y rotaciones

	Cursos	Rotaciones
R1	Metodología de la investigación Bioética Gestión clínica	ROTACIONES EXTERNAS UCI/Anestesia (3 meses)
R2	Formas de producción científica CMA	ROTACIONES EXTERNAS Radiodiagnóstico (1-2 meses) Endoscopia (1-2 meses)
R3	Infección quirúrgica Pared abdominal y hernias Iniciación práctica a la cirugía endoscópica ^a	ROTACIONES EXTERNAS Cirugía torácica (2-3 meses) Urología (1 mes) Traumatología (10 guardias)
R4	Cirugía endocrina Cirugía de la mama Cirugía esofagogástrica Asistencia a politraumatizados ^b	ROTACIONES EXTERNAS Cirugía vascular (2-3 meses) Cirugía plástica (1 mes) Neurocirugía (10 guardias) Opcionales: Cirugía pediátrica (1 mes) Ginecología (1 mes)
R5	Cirugía HBP Cirugía colorrectal Cirugía laparoscópica avanzada Trasplante de órganos	ROTACIONES INTERNAS Cirugía endocrina y de la mama (2-3 meses) ROTACIONES INTERNAS Unidad esofagogástrica (2 meses) Cirugía HBP y trasplantes (4 meses) Cirugía colorrectal (4 meses)

^aDebe llevarse a cabo en centros con infraestructura contrastada.

^bPreferentemente, titulación del American Trauma Life Support (ATLS).

B. Objetivos y actividades específicos de la especialidad de CGAD

I. Objetivos

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 a continuación. Al final de la residencia debería estar en condiciones de superar una evaluación de estos conocimientos.

A. 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 acidobásico.
- Bases de fluidoterapia.
- Insuficiencia respiratoria.
- Insuficiencia renal aguda.
- Fracaso multiorgánico.
- Valoración preoperatoria del paciente:
 - Valoración del riesgo quirúrgico y anestésico.
 - Valoración y manejo nutricional.
 - Valoración de la comorbilidad.
- Cuidados intensivos en el paciente quirúrgico:
 - Analgesia y sedación.
 - Cuidados respiratorios.
 - Cuidados cardiovasculares.
 - Cuidados metabólicos y nutricionales.
 - Tromboembolia 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 desnutrición en el paciente quirúrgico.
 - Técnicas de soporte nutricional: accesos parenteral y enteral.
- Bases biológicas y técnicas de los trasplantes de órganos:
 - Concepto de muerte cerebral.
 - Identificación y mantenimiento del donante.
 - Preservación del injerto.
 - Tipos de trasplantes.
 - Mecanismos y características del rechazo.
 - Principios de la inmunosupresión.
- Principios de la cirugía oncológica:

- Bases de la oncogénesis.
- Genética del cáncer.
- Inmunología y cáncer.
- Marcadores tumorales.
- Tratamientos adyuvantes y neoadyuvantes: radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia, hormonoterapia.

B. 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 ulceropéptica.

Síndromes de hipersecreción ácida.

Síndrome de Mallory-Weiss.

Vólvulos gástricos.

Hemorragia digestiva alta.

Cáncer gástrico.

Tumores estromales gastrointestinales.

Traumatismos duodenales.

Cirugía bariátrica.

Síndrome posgastrectomía.

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 colorrectal.
Vólvulos de colon.
Pólipos colorrectales.
Síndromes de poliposis familiar.
Traumatismos colónicos.
Cáncer colorrectal.
Prolapso rectal.
Hemorroides.
Fisura anal.
Absceso y fístula anal.
Condilomas.
Seno pilonidal.
Traumatismos anorrectales.
Cirugía del estreñimiento.
Cirugía de la incontinencia.
Traumatismos anorrectales

Hígado:

Traumatismo hepático.
Absceso hepático.
Hidatidosis.
Fallo hepático fulminante.
Hepatopatías metabólicas.
Cirrosis.
Hipertensión portal:
 Síndrome de Budd-Chiari.
 Manejo de la hemorragia digestiva alta 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.
Íleo 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.
Seudoquistes 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 de las de hiato.
Hernias diafragmáticas traumáticas.
Hernia inguinal.

Hernia crural.
Hernia umbilical.
Hernia incisional (eventraciones).
Hernia epigástrica.
Hernia de Spiegel.
Hernia lumbar.
Hernia obturatriz.
Hematoma de la vaina de los rectos.

Cirugía del resto del contenido abdominal

Peritoneo:

Peritonitis difusas.
Peritonitis circunscritas y abscesos intraabdominales.
Peritonitis primarias.

Retroperitoneo:

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

Sistema endocrino

Glándula tiroides:

Tiroiditis.
Hipertiroidismo.
Nódulo tiroideo.
Bocio multinodular.
Cáncer diferenciado de tiroides.
Cáncer medular de tiroides.
Cáncer anaplásico de tiroides.
Complicaciones de la cirugía tiroidea.
Sustitución hormonal.
Bases del tratamiento con I¹³¹.

Glándulas paratiroides:

Hiperparatiroidismo:

Primario.
Secundario.
Terciario.
Recurrente o persistente.
Cáncer de paratiroides.
Complicaciones de la cirugía paratiroidea. Hipoparatiroidismo.

Glándulas suprarrenales:

Incidentaloma.
Feocromocitoma.
Tumores adrenocorticales:
Hipercortisolismo.

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 necrosante.
Miositis necrosante.
Gangrena gaseosa.
Infecciones estreptocócicas.
Úlceras por decúbito.
Tumores benignos.
Tumores malignos:
Epidermoide.
Melanoma.
Sarcomas.

Habilidades (formación asistencial). El especialista en formación debe adquirir las destrezas propias del cirujano general y del aparato digestivo, de tal suerte que al final de su período de aprendizaje haya conseguido dos objetivos: en primer lugar, conseguir 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 últimos dos años de residencia, iniciar 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 especialista en formación irá avanzando en los grados de complejidad quirúrgica, a la vez que irá asumiendo progresivamente una mayor responsabilidad. El anexo 4 muestra un baremo orientativo para valorar el grado de complejidad de las intervenciones quirúrgicas. En cuanto al nivel de responsabilidad, se ha separado en 3 niveles. El nivel 1 es el que permite al especialista en formación realizar una actividad sin necesidad de una tutela inmediata, es decir, ejecuta y posteriormente informa. El nivel de responsabilidad 2 posibilita la realización de actividades directamente, pero con la colaboración y bajo la supervisión del *staff*. El nivel 3 es el que se corresponde con actividades en las que el especialista en formación simplemente ayuda u observa acciones del personal de plantilla.

ANEXO 4. Baremo orientativo para la valoración del grado de complejidad de las intervenciones quirúrgicas en cirugía general y del aparato digestivo*

- Grado 1.* Limpieza quirúrgica y sutura de una herida traumática. Exéresis de una lesión cutánea o subcutánea. Laparotomía y su cierre. Biopsia de arteria temporal. Biopsia ganglionar. Exéresis de nódulo mamario. Exéresis de hidradenitis axilar o inguinal. Amputación menor. Punción torácica.
- Grado 2.* Esfinterotomía anal. Hemorroidectomía. Exéresis de seno pilonidal. Drenaje de absceso perianal. Herniorrafia inguinal, crural y umbilical. Apendicectomía abierta. Inserción de trócares laparoscópicos. Gastroyeyunostomía. Píloroplastia. Sutura de una perforación ulcerosa. Colectomía abierta. Enterectomía segmentaria. Traqueostomía.
- Grado 3.* Fistulectomía anal. Mastectomía simple. Apendicectomía laparoscópica. Colectomía laparoscópica. Funduplicatura de Nissen abierta. Esplenectomía. Colostomía. Ileostomía. Hemitiroidectomía. Colectomía segmentaria.
- Grado 4.* Hemicolectomía derecha. Hemicolectomía izquierda. Cirugía de la vía biliar principal. Derivaciones biliodigestivas. Gastrectomía parcial. Mastectomía radical modificada. Tiroidectomía subtotal/total. Miotomía de Heller. Paratiroidectomía. Funduplicatura de Nissen por vía laparoscópica. Abordaje del esófago cervical. Adrenalectomía abierta.
- Grado 5.* Esofagectomía. Gastrectomía total. Amputación abdominoperineal. 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.

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

2. Actividades para cubrir los objetivos

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, para aconsejar los textos y tratados más adecuados para la progresiva adquisición de los conocimientos que se indican en los conocimientos teóricos del programa.

El tutor también velará por la asistencia del especialista en formación 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 y Obesidad mórbida. Deben tener preferencia las actividades que incluyan procedimiento de evaluación y los cursos o seminarios garantizados por la Comisión Nacional de la Especialidad en convenio con la Asociación Española de Cirujanos o sus sociedades filiales o relacionadas.

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

En cuanto a las habilidades. Las actividades asistenciales clínicas y quirúrgicas conforman el núcleo más complejo de la formación y pueden esquematizarse en:

a) Actuación en sala de hospitalización. Las 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. Posteriormente, contribuirá a la información a familiares. Por último, en su caso, 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) Actuación en quirófanos programados. El especialista en formación debe participar activamente en la programación quirúrgica de la unidad docente, con responsabilidad creciente a lo largo de su período formativo. Además de su contribución al acto quirúrgico propiamente dicho, participará en la confección del juicio clínico preoperatorio, la obtención del consentimiento informado, la orden de operación, la cumplimentación de la hoja operatoria, la solicitud de estudios anatomopatológicos o de otro tipo y la información a familiares.

c) Actuación en consultas externas. El especialista en formación participará en el área de consultas externas, verdadero laboratorio de relación con la atención primaria y de control del resultado de las terapias quirúrgicas. Durante la visita, el especialista en formación 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.

d) Actuación en urgencias. El especialista en formación participará en los turnos de guardia del servicio, con nivel de responsabilidad creciente. Las actividades incluyen: asistencia a los enfermos de los que se pide consulta desde el Unidad Docente de urgencia, contribuyendo a las decisiones de ingreso, alta, traslado u observación; realización de las intervenciones de urgencia de los pacientes que lo precisen, tanto externos como internos, y atención continuada de los pacientes ingresados. Particularmente importante es la realización de cuidadosas historias clínicas, incluyendo interrogatorio, examen físico, revisión de exploraciones complementarias, etc., hasta la formulación de un juicio sobre indicación o no de intervención quirúrgica urgente.

Las guardias tienen carácter obligatorio y formativo. Se aconseja realizar entre 4 y 6 mensuales.

El Anexo 5 recoge una serie de procedimientos y técnicas que el R-1 debe aprender, al margen de las intervenciones quirúrgicas. El número mínimo de intervenciones quirúrgicas que debe haber realizado como cirujano un especialista en formación de CGAD, al término de su residencia, se muestra en el Anexo 6. Los niveles de responsabilidad que debe asumir el especialista en formación en cada una de sus actividades se recogen en el Anexo 7.

ANEXO 5. Procedimientos y técnicas que el R1 debe aprender al margen de las intervenciones quirúrgicas

Historia clínica e identificación de problemas
 Exploración física del paciente
 Exposición oral de la historia clínica
 Conocer los protocolos de preparación preoperatoria
 Colocar una sonda nasogástrica
 Colocar un catéter intravenoso
 Colocar una sonda vesical
 Colocar un catéter venoso central
 Redactar una hoja operatoria
 Ordenar un tratamiento postoperatorio
 Controlar la reposición de líquidos y electrolitos
 Controlar una nutrición parenteral
 Diagnosticar desviaciones de la evolución postoperatoria
 Tratar las heridas operatorias y sus complicaciones
 Realizar una anestesia local
 Realizar técnicas asépticas y antisépticas en el quirófano
 Aplicar correctamente un tratamiento antibiótico
 Preparar el campo operatorio
 Control y extracción de drenajes postoperatorios
 Redactar un informe de alta

ANEXO 6. Número Mínimo de intervenciones quirúrgicas que debe haber realizado un especialista en formación como cirujano al término de su residencia

Esofagogástrica	Cirugía endocrina
Cirugía antirreflujo: 5	Tiroidectomía: 10
Hernia paraesofágica: 1	Paratiroidectomía: 2
Achalasia: 1	
Abordaje del esófago cervical: 1	
Úlcera péptica complicada: 8	Cirugía mamaria
Gastrectomía parcial: 4	Exéresis de nódulo: 15
Gastrectomía total: 1	Mastectomía simple: 5
Cuadrantectomías: 5	
Mastectomía radical: 5	
Coloproctología	
Hemorroidectomía: 15	Cirugía de la pared abdominal

Esfinterotomía interna: 10
 Fístulas/abscesos: 20
 Colectomías: 10
 Resección anterior: 3
 Amputación abdominoperineal: 3
 Hepatobiliopancreática
 Resección hepática: 4
 Colectectomía abierta: 10
 Cirugía de la VBP: 4
 Esplenectomía: 5

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

Cirugía laparoscópica (30)
 Al menos 15 colecistectomías

Urgencias
 Intervenciones de todo tipo: 200^a

Número mínimo de intervenciones quirúrgicas que debe haber realizado un especialista en formación como ayudante al término de su residencia en cirugía de complejidad grado 5

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

^aMuchas de ellas incluidas en las restantes áreas.

ANEXO 7. Niveles de responsabilidad que debe asumir el especialista en formación en sus actividades

	Hospitalización	Consultas externas	Urgencias (excepto cirugía)	Intervenciones Quirúrgicas (como cirujano)
R1	Nivel 3	Nivel 3	Nivel 3	Nivel 2. Grado ^a 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

^aEl grado hace referencia a la complejidad de la cirugía.

En cuanto a la investigación: actividades científicas. Incluyen la preparación de publicaciones escritas, 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 período formativo el especialista en formación 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.

4. PLAN Y GUIA DE ROTACIONES

4.1. CRONOGRAMA Y DISTRIBUCIÓN DE OBJETIVOS DE LAS ROTACIONES

Se debe contemplar dos tipos de rotaciones: las que se realizan en otras especialidades, bien en el mismo centro hospitalario, bien en otro hospital, y las que se realizan, dentro de la especialidad de CGAD, en áreas de capacitación específicas, que también pueden llevarse a cabo en el mismo servicio o en otros hospitales.

Las rotaciones en otras especialidades durante el primero, el segundo, el tercero y el cuarto años, y las de la especialidad, durante el quinto año. Con el fin de no mantener al especialista en formación alejado del servicio durante un año y medio, las rotaciones en otras especialidades se efectuarán durante los primeros cuatro años de forma discontinua. En el primer año, el Plan General del a Especialidad recomienda efectuar una rotación de 3 meses por UCI/Anestesia, que hemos modificado en nuestro Itinerario. Por último, conviene contemplar, a modo de ampliación de estudios, una rotación de 2-3 meses realizada en los últimos dos años de la residencia, en una unidad docente de CGAD, en el extranjero o en otro centro nacional con acreditado nivel investigador, que sea complementaria de la formación en una de las áreas de capacitación específica.

El calendario y los contenidos de las rotaciones recomendadas por el Plan General del a Especialidad aparecen en el anexo 1. En el anexo 2 se especifica los objetivos a alcanzar en cada una de las rotaciones y en el anexo 3, el número mínimo de procedimientos que debe realizar un especialista en formación de CGAD en sus rotaciones externas.

ANEXO 1. Calendario orientativo por años para la realización de cursos de actualización y rotaciones

	Cursos	Rotaciones
R1	Metodología de la investigación Bioética Gestión clínica	ROTACIONES EXTERNAS UCI/Anestesia (3 meses)
R2	Formas de producción científica CMA	ROTACIONES EXTERNAS Radiodiagnóstico (1-2 meses) Endoscopia (1-2 meses)
R3	Infección quirúrgica Pared abdominal y hernias Iniciación práctica a la cirugía endoscópica ^a	ROTACIONES EXTERNAS Cirugía torácica (2-3 meses) Urología (1 mes) Traumatología (10 guardias)
R4	Cirugía endocrina Cirugía de la mama Cirugía esofagogástrica Asistencia a politraumatizados ^b	ROTACIONES EXTERNAS Cirugía vascular (2-3 meses) Cirugía plástica (1 mes) Neurocirugía (10 guardias) Opcionales: Cirugía pediátrica (1 mes) Ginecología (1 mes)
R5	Cirugía HBP Cirugía colorrectal Cirugía laparoscópica avanzada Trasplante de órganos	ROTACIONES INTERNAS Cirugía endocrina y de la mama (2-3 meses) ROTACIONES INTERNAS Unidad esofagogástrica (2 meses) Cirugía HBP y trasplantes (4 meses) Cirugía colorrectal (4 meses)

^aDebe llevarse a cabo en centros con infraestructura contrastada.

^bPreferentemente, titulación del American Trauma Life Support (ATLS).

ANEXO 2. Objetivos de las rotaciones externas

Cuidados intensivos o anestesia/reanimación (3 meses)

El residente debe adquirir los conocimientos relativos a la fisiopatología y el 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 acidobásico (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 Swann-Ganz, registro de presiones de la arteria pulmonar, datos hemodinámicos indirectos, computador de gasto cardíaco, etc.); técnicas de medición de la presión intracraneal; métodos de valoración del estado nutricional; el procedimiento de la nutrición artificial (métodos, cuidados y balance nitrogenado).

Radiodiagnóstico (1-2 meses)

El residente ha de adquirir los conocimientos y destrezas en relación con: indicaciones e interpretación de la radiología simple y contrastada; métodos digitalizados; mamografía (indicaciones en el proceso diagnóstico y en el seguimiento de la patología mamaria, semiología elemental, utilidad en el planteamiento de la cirugía conservadora de la mama); ecografía (principios de la interpretación ecográfica e indicaciones clínicas, ecografía diagnóstica e intervencionista, eco-Doppler); resonancia magnética (imágenes y espectroscopia por RM, tipos principales de secuencias e indicaciones clínicas); angiografía diagnóstica e intervencionista (técnicas e indicaciones); relación coste-beneficio de las técnicas de diagnóstico mediante imágenes de alta tecnología.

Endoscopia diagnóstico-terapéutica (1-2 meses)

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

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

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

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

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

Traumatología (10 guardias)

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

Cirugía torácica (2-3 meses)

El residente ha de adquirir las habilidades en relación con la historia clínica, la identificación y descripción de los problemas clínicos planteados, y el proceso a seguir para el establecimiento de una indicación quirúrgica en la patología torácica. Interpretación de los datos aportados por las técnicas de diagnóstico mediante imágenes (radiología simple, TC, escintigrafía, endoscopia, etc.).

Particularmente se instruirá en la toracocentesis, el tratamiento de urgencia del neumotórax espontáneo y del empiema pleural, las vías de acceso a la cavidad torácica y al mediastino, las toracotomías y la toracoscofia, la colocación de drenajes intratorácicos y el tratamiento de urgencia de los traumatismos torácicos.

Cirugía vascular (2-3 meses)

El residente deberá adquirir los conocimientos y destrezas en relación con la anamnesis y exploración en relación con la angiología. Así: evaluación de los pacientes con isquemia aguda y crónica o ulceraciones en las extremidades inferiores; valoración de los pacientes con trombosis venosas; valoración del pie diabético; conocimientos básicos de las técnicas de exploración vascular, cruenta e incruenta, y de la farmacoterapia vascular (anticoagulación, fibrinólisis, sustancias vasoactivas, etc.); vías y técnicas de acceso a los vasos; disección y control de los troncos vasculares; principios de la sutura vascular; anastomosis vasculares; embolectomías en la extremidad superior e inferior; conceptos generales sobre el uso de injertos y prótesis de sustitución vascular; cirugía exéretica y amputaciones por isquemia de las extremidades inferiores.

Urología (1 mes)

El residente ha de adquirir los conocimientos y habilidades en relación con la anamnesis, la exploración física del paciente y los exámenes complementarios de la patología urológica más frecuente. Particularmente se capacitará para reconocer y resolver, si fuera necesario y al menos en primera instancia, los problemas urológicos urgentes más habituales. Así: estado de sepsis de origen urológico, hematuria, retención urinaria, traumatismos urológicos y patología testicular urgente.

Neurocirugía (10 guardias)

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

Cirugía plástica (1 mes)

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

ANEXO 3. Número mínimo de procedimientos que debe realizar un residente de CGAD en sus rotaciones externas, como cirujano (asistente)

UCI/Anestesia

Acceso venoso central: 10 (20)

Intubación orotraqueal: 10 (20)

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)

Urología

Intervenciones de riñón, vejiga y próstata: (10)

Cirugía plástica

Plastias locales: 3 (10)

Reconstrucción mamaria: (5)

En nuestro Itinerario Formativo Tipo, a la luz de la experiencia con los primeros residentes y a petición de los mismos, se han modificado las rotaciones en el afán de hacerlas más funcionales, así la mayoría de rotaciones se realizarán en el primer año de residencia, lo que ayuda al residente a conocer la dinámica de funcionamiento de estos servicios con los que trabajará en el resto de su residencia, de tal forma que a partir del segundo año se realicen un máximo de dos rotaciones fuera del Servicio – extrahospitalarias- por año (cirugía plástica, vascular, torácica, esófago-gástrica y hepática-transplante), quedando el resto del año para las rotaciones por las unidades funcionales del Servicio de Cirugía. Asimismo por problemas en la realización de un número máximo de guardias que ordena el Servicio Murciano de Salud -5 al mes-, se ha decidido suspender las rotaciones en Cirugía Ortopédica y Traumatología, así como Neurocirugía, que consistían en realizar 10 guardias en cada una de ellas, por la realización de los Cursos de ATLS (Advanced Trauma Life Support) de atención inicial al enfermo politraumatizado del Colegio Americano de Cirujanos, auspiciado por la Asociación Española de Cirujanos. Asimismo la rotación por Atención primaria constaría sólo de 15 días, realizando una sesión formativa en coordinación con el tutor de residentes, siendo el tema a demanda de los médicos de Atención Primaria.

Por lo tanto el *plan de rotaciones* de los especialistas en formación de CGAD quedaría así:

Plan de Rotaciones de CGAD del Hospital GU Reina Sofía¹

Mes	R1	R2 ^(b)	R3	R4	R5
Junio	Mes inicial ^(a)	Cirugía Plástica	C.Ext. Primeras	Esófago-Gástrica	QX. Bariátrica
Julio				Esófago-Gástrica	
Agosto					
Septiembre	Radiodiagnóstico		Cirugía Torácica	UCOP	Extranjero
Octubre	Digestivo/Endoscopias		Cirugía Torácica	UCOP	Extranjero
Noviembre	Urología		Qx. Endocrino	Qx. Hepática-Trasplante	Extranjero
Diciembre	Urología	Cirugía Vascular	Qx. Endocrino	Qx. Hepática-Trasplante	UCOP
Enero	UCI	Cirugía Vascular	Qx. Bariátrica	Mama	UCOP
Febrero	Atención Primaria		Qx. Bariátrica	Mama	UCOP
Marzo			Qx. Mama	Qx. Endocrino	UCOP
Abril			Qx. Mama	Qx. Endocrino	UCOP
Mayo			UCOP	Qx. Bariátrica	

(1) Este cronograma puede variar en función de la aceptación de las rotaciones que se realizan fuera del hospital. UCI: unidad de cuidados intensivos, UCOP unidad de coloproctología

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

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

1. Rotación para la formación en protección radiológica:

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

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

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

- Duración de la rotación:

Los contenidos formativos de las anteriores letras a), b), c), d), e), f), g), h), i), se impartirán durante el primer año de especialización. Su duración será, entre seis y diez

horas, fraccionables en módulos, que se impartirán según el plan formativo que se determine. Los contenidos formativos de las letras j), k) y l): se impartirán progresivamente en cada uno de los sucesivos años de formación y su duración será entre una y dos horas destacando los aspectos prácticos.

- Lugar de realización:

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

- Efectos de la formación:

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

- Organización de la formación:

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

2) Rotación en Atención Primaria.

De conformidad con lo previsto en la Resolución de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico Presupuestarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, de 15 de junio de 2006, el programa formativo de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo, es uno de los afectados por dicha rotación que deberá articularse progresivamente, en los términos previstos en la misma.

A estos efectos, las unidades docentes acreditadas recabarán dicha Resolución de las gerencias/comisiones de docencia de sus respectivos centros o del Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Secretaría del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.

4.2. EVALUACIÓN FORMATIVA

Irà encaminada, fundamentalmente, a la valoración del cumplimiento de los objetivos (cognoscitivos, habilidades, actitudes) y de las actividades señaladas en el programa, tanto en calidad como en cantidad, a través de los informes de los responsables docentes o tutores del servicio y, sobre todo, a través de la evaluación del libro del residente. La falta de estándares objetivos, así como el escaso desarrollo de las figuras del tutor y de las Comisiones de Docencia, ha creado situaciones de indefensión de los residentes o de baja calidad en instituciones donde no se cumplen los objetivos ni las actividades mínimas, así como situaciones de despreocupación o bajo rendimiento

de parte de los residentes. Por todo lo anterior, se imponen inspecciones externas que valoren y garanticen los mínimos exigidos en el programa. A tal efecto, es fundamental la evaluación del libro del especialista en formación y los informes de los responsables docentes por agentes externos a las Comisiones Locales de Docencia, al menos al final del tercer año, cuando todavía es posible encauzar un proceso formativo deficiente.

El Libro del Especialista en formación en CGAD incluirá los siguientes aspectos:

- a) Cursos comunes: Realización y evaluación de los cursos o seminarios en Metodología de la Investigación, Bioética y Gestión Clínica. Mínimo 40 horas.
- b) Cursos específicos: Realización y evaluación de los cursos o seminarios específicos de CGAD. Mínimo 260 horas.
- c) Intervenciones: deben constar las intervenciones programadas y urgentes, realizadas como primer cirujano y ayudante, incluyendo las efectuadas en las rotaciones por otras especialidades, con expresión de los grados de complejidad y el nivel de responsabilidad. En el anexo IV se expone un esquema general del desarrollo de las intervenciones quirúrgicas por años, grado de complejidad y nivel de responsabilidad.
- d) Guardias: se indicará en número de guardias realizadas con expresión del nivel de responsabilidad según los años de residencia.
- e) Actividad investigadora y científica. Recogerá las comunicaciones, ponencias y publicaciones escritas realizadas por el residente.

4.3. DOCUMENTOS

4.3.1. Los instrumentos de evaluación formativa establecidos por la Comisión de Docencia, según las directrices del Ministerio de Sanidad y Política Social.

4.3.2. El libro del especialista en formación que debería recoger por año:

I. En cuanto a la adquisición de conocimientos: Los Cursos y Seminarios a los que ha asistido, indicando el título oficial, lugar y fecha de celebración, duración y resultado de la evaluación, si la hubo. Asimismo, debe registrar las Sesiones Clínicas impartidas: se

Reflejará el título, fecha de la misma, servicio y/o unidad en la que se presentó.

II. En cuanto a la adquisición de habilidades:

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

2. Rotaciones por otros servicio, reflejando:

a. Servicio/Unidad. Hospital o Centro.

b. Duración.

c. Participación en sesiones.

d. Guardias realizadas.

e. Actividad quirúrgica: se recogerá:

Intervención.

Fecha.

Actividad: Cirujano/ayudante.

3. Actividad quirúrgica en el Unidad Docente de CGAD. Deben constar los siguientes datos:

- Nombre y apellidos del paciente.
- N.º de historia clínica.
- Fecha de la intervención.
- Diagnóstico preoperatorio.
- Tipo de anestesia.
- Localización.
- Intervención urgente o programada.
- Tipo de intervención.
- Cirujano o ayudante.

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

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

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

1. Participación en Reuniones y Congresos:

Congresos Regionales: se reflejara el congreso del que se trata, fechas y lugar.

Congresos Nacionales: se reflejara el congreso del que se trate, fecha y lugar.

Congresos Internacionales: se reflejara el congreso del que se trate, fecha y lugar.

2. Participación en mesas redondas:

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

3. Docencia e investigación:

Participación en proyectos de investigación.

Colaboración en la docencia a alumnos de tercer ciclo universitario (certificado por el profesor asociado responsable).

4. Becas y ayudas obtenidas:

Organismo que la concede.

5. ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

Todas las sesiones de la Unidad Docente son de asistencia obligatoria. Quedará constancia de las mismas por escrito con especificación de fecha, tema y asistentes.

5.1. SESIÓN CLÍNICA DE GUARDIA.

a) Concepto.

El objetivo de la Sesión, y por ser la primera actividad de cada jornada laborable, es reunir la totalidad del Servicio, y tener una información puntual de todas las incidencias de la guardia del día anterior.

b) Frecuencia y horario.

Se trata de una Sesión, de carácter diario, en la que el cirujano de Guardia Saliente, expondrá todas las incidencias ocurridas durante la Guardia: número de

pacientes asistidos en Urgencias, traslados a otros Centros, complicaciones surgidas en pacientes hospitalizados del Servicio, interconsultas realizadas en otros Servicios, éxitos, etc.

El comienzo de la Sesión será puntual a las 8'15 de la mañana. La duración de la misma, oscilará entre 20 y 30 minutos, según el número de casos presentados.

Los sábados y festivos no habrá Sesión, pero el día siguiente al festivo, se expondrán las incidencias acaecidas en esos días.

c) Desarrollo.

El Médico Especialista en Formación saliente participará exponiendo la historia clínica y exploraciones realizadas, justificación del ingreso, plan diagnóstico y terapéutico de los ingresos, así como los hallazgos operatorios y opciones de técnica quirúrgica en los casos que hayan precisado ser intervenidos, según Hoja de Sesión de Urgencia protocolizada.

El Médico Adjunto saliente responderá a las preguntas planteadas, y en los casos más complicados completará la exposición del Especialista en formación con las consideraciones a que haya lugar.

5.2. SESIÓN DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA.

a) Concepto

Entendemos por sesión semanal de programación quirúrgica de la Unidad Docente de Cirugía General y del Aparato Digestivo, aquella en la que se exponen ante los Médicos integrantes del Servicio, y los asistentes autorizados que lo deseen, la totalidad de los enfermos que se proponen para intervenir la semana siguiente.

b) Frecuencia y duración

Se celebrará los jueves, después de la sesión clínica de guardia. Su duración oscilará entre 45 y 60 minutos.

c) Carácter de los casos que se presentan

Como se ha dicho se expondrán los enfermos destinados a la intervención quirúrgica de la semana siguiente.

Los protocolos deben estar completos y revisados de tal manera que no se deba posponer la operación ya programada por un mal estudio de la enfermedad y/o del plan de intervención. El Médico Adjunto encargado del caso es el responsable de cumplir estos requisitos. En casos determinados, el Médico Adjunto debe consultar con el Jefe de Sección para llegar a establecer de común acuerdo si el enfermo se halla en condiciones de ser ingresado y presentado en la sesión que nos ocupa.

Otros Servicios pueden presentar pacientes para intervención, pero siempre habrá un Médico del Servicio que sea responsable de forma conjunta del caso presentado.

d) Orden de presentación

La historia será leída por el Médico Especialista en formación que la haya realizado. El Médico Adjunto comentará las exploraciones de laboratorio y radiológicas y a continuación él mismo o el Jefe de Sección, expondrá la intervención planificada

para el enfermo en cuestión, basándose en la anamnesis, exploración, condicionantes anatómicos de la región, fisiopatológicos y circunstanciales. En casos concretos se expondrán las características de la intervención, las modificaciones técnicas que existen sobre la misma y el estado actual de la técnica elegida, así como sus ventajas e inconvenientes.

Al Jefe de la Unidad Docente se le entregará un breve juicio clínico con los datos más relevantes de la historia, el diagnóstico y la intervención propuesta, según Hoja de Propuesta Quirúrgico protocolizada.

El Jefe de la Unidad Docente moderará la sesión, corriendo a su cargo la responsabilidad de:

- Organización.
- Puntualidad en el comienzo y finalización.
- Participación de todos los médicos, especialmente de los médicos residentes.
- Altura científica y carácter didáctico que siempre deben ir unidas.
- Seriedad en todas las manifestaciones.
- Solución de todas las dudas que sucedan.

Debe quedar bien entendido, que el moderador ha de evitar la participación personal si no se le pide directamente, quedando reducido aparentemente su papel a dar entrada a los expositores, preguntar si existen dudas y dar por finalizado el caso.

5.3. SESIÓN TEÓRICA.

a) Concepto.

En ella se expone por parte de los Médicos de plantilla de la Unidad Docente y los especialistas en formación el programa teórico de la especialidad, recomendado por la Comisión Nacional.

b) Frecuencia y duración.

Cada 15 días, miércoles a las 13 horas. La exposición no superará los 30 minutos, quedando 15 minutos para discusión y preguntas.

5.4. SESIONES BIBLIOGRÁFICAS.

a) Concepto

Son aquellas reuniones programadas, en las que el médico de la Unidad Docente previamente designado, expone ante los restantes componentes del mismo, los artículos científicos de mayor relieve e importancia para la especialidad, aparecidos en los últimos números de las revistas médicas, nacionales o extranjeras que se le asignen. El objetivo de estas sesiones es la lectura y análisis crítico de trabajos científicos recientes, este análisis se referirá tanto al fondo del trabajo como a la forma (metodología, exposición de resultados, discusión y conclusiones, habitualmente). Esta revisión servirá como introducción a una discusión más amplia sobre el tema tratado.

b) Necesidad

Este tipo de reuniones se realiza en todos los hospitales con carácter programado y periódico, siempre que hayan alcanzado un nivel suficiente en su organización. La necesidad de su práctica se fundamenta especialmente en la imposibilidad de que una

sola persona pueda leer la gran cantidad de artículos que aparecen en la prensa médica mundial. Con la participación de todos los miembros del grupo, se obtiene por tanto, el sistema de mantener a todos informados, de aquello recientemente publicado, en relación con la especialidad.

c) Frecuencia y duración

A pesar de que puede aparentar hallarse recargada la Unidad Docente de reuniones y conferencias entre sus miembros, la sesión bibliográfica debe ser mensual.

Siendo una de las reuniones más áridas, pues se acompaña de escaso diálogo, y de rapidez en las exposiciones (por otro lado necesaria), debe establecerse a última hora de la mañana. Se realizará un miércoles a las 13 horas.

La duración ha de ser de un mínimo de 90 minutos.

d) Desarrollo.

A cada médico de la Unidad Docente se le asignará una o varias revistas médicas, nacionales y extranjeras.

El tiempo de exposición se hallará en función de la calidad científica del trabajo que se comente, y de las distintas solicitudes de aclaración o controversia que su lectura suscite, recomendándose se adapten a un mínimo de tres minutos y un máximo de diez, pudiendo ampliarse hasta 15 minutos los artículos más debatidos.

Cada sesión bibliográfica será moderada por el Jefe de la Unidad Docente.

La moderación de las mismas atenderá a:

- Preparación de la Sesión, con cada uno de los miembros elegidos para exponer en ella, conociendo perfectamente los trabajos revisados, debiendo eliminar también si procediere, alguno de ellos por su escasa calidad o limitada importancia para los fines de la Unidad Docente.
- Responsabilizarse de la total asistencia de todos los miembros, así como de la puntualidad en su comienzo y finalización.
- Dar entrada a la exposición de cada artículo.
- Ordenar las distintas intervenciones, que solo podrán ser realizadas al final de la exposición, después de pedir oportunamente la palabra.
- Recomendar rapidez y síntesis tanto en las preguntas como en las respuestas a éstas.
- Eliminar con claridad y justicia, los comentarios que se encuentren al margen del tema que se exponga.
- Dar por terminada la exposición, intervención y finalmente, la propia sesión bibliográfica.

5.5. SESIONES DE MORBIMORTALIDAD POSTOPERATORIA

a) Concepto.

En esta sesión se realizará un análisis de la morbilidad y mortalidad de los pacientes quirúrgicos de la Unidad Docente. Tiene como finalidad la búsqueda de mejores resultados mediante la detección de errores de diagnóstico, de tratamiento y deficiencias en la ejecución de técnicas quirúrgicas. Serán la base para la adopción de protocolos y procedimientos estándar de forma consensuada por todos los miembros de la Unidad Docente. Adoptarán la forma de caso cerrado, siempre que ello sea posible.

b) Frecuencia y duración.

Bimensual. Una hora.

c) Desarrollo.

Se elegirán para su exposición aquellos casos que por sus circunstancias presenten aspectos docentes. El encargado de la exposición será un médico especialista en formación supervisado por el médico adjunto responsable del paciente.

El moderador será el Jefe de la Unidad Docente.

5. 6. SESIONES DE FORMACIÓN

a) Concepto.

Dada la superespecialización que la medicina, y la cirugía en particular, están adquiriendo, se requiere que los miembros de la Unidad Docente distribuidos en diferentes unidades funcionales pongan al día al resto de cirujanos en los temas actuales de diagnóstico y tratamiento de las patologías más frecuentes de la especialidad, bajo el tamiz del especialista dedicado en exclusiva a este campo. En estas sesiones se comentan aspectos eminentemente prácticos sobre diagnóstico, indicación quirúrgica, técnica, uso de instrumental quirúrgico, u otros que se manejan habitualmente en quirófano, así como sobre cualquier otro aspecto que contribuya a mejorar la actividad asistencial, docente e investigadora de los miembros del servicio y en especial de los médicos especialistas en formación.

b) Frecuencia y duración.

Mensual. Su duración no rebasará los 30 minutos.

c) Desarrollo.

La preparación y exposición correrá a cargo de un Médico Adjunto de las unidades funcionales existentes en el Servicio.

5.7. SESIÓN DE PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

a) Concepto.

En esta sesión se presentarán los casos de todos los pacientes hospitalizados a nuestro cargo, haciendo hincapié en la situación clínica actual del paciente, fundamentalmente en el diagnóstico y tratamiento del mismo.

b) Frecuencia y duración.

Semanal, cada martes, después de la sesión de guardia. Su duración dependerá del número de pacientes hospitalizados, pero estará en 30 a 40 minutos

c) Desarrollo.

Los casos serán expuestos por cada Sección, por el Médico Adjunto y/o Especialista en Formación que haya pasado planta el día previo. El papel de cada Jefe de Sección es activo, corroborando el diagnóstico y planteamiento terapéutico a efectos de, si tiene indicación quirúrgica, preparar el caso para su presentación en la sesión de programación quirúrgica el jueves siguiente. Asimismo el Jefe de Unidad Docente dirimirá sobre indicaciones terapéuticas disímiles.

5.8. SESIÓN CONJUNTA.

a) Concepto.

Se entiende por Sesión Conjunta la que se realiza entre el Unidad Docente de Cirugía General y del Aparato Digestivo y el Unidad Docente de Medicina Interna (o alguna de sus Secciones: Aparato Digestivo, Endocrinología, Neumología, etc.), u otros Servicios, con asistencia de la totalidad de los médicos integrantes de los mismos, para exponer los casos clínicos de interés común, así como los problemas médico-quirúrgicos que afectan a la labor asistencial, docente e investigadora de ambos servicios.

b) Periodicidad

Serán mensuales. Hacer más frecuente estas reuniones las haría mermar de calidad, al tiempo que interferiría con las restantes labores de ambas Unidades Docentes.

c) Horario

El día señalado para ello será el primer viernes de mes a las 8.30 hs. Su duración dependerá realmente del número de casos a presentar, y no deben prolongarse más allá de 90 minutos.

d) Preparación

Estas reuniones han de organizarse mediante el trabajo conjunto de un Médico Adjunto o Jefe de Sección de cada la Unidad Docente, con el consenso y ayuda del respectivo Jefe de Servicio. Participarán junto a ellos los Médicos especialistas en formación elegidos para la presentación de los casos.

En ellos han de exponerse:

1.- Enfermos diagnosticados en el Unidad Docente de Medicina Interna que son trasladados al Unidad Docente de Cirugía General y del Aparato Digestivo para tratamiento quirúrgico.

2.- Enfermos no totalmente diagnosticados que se someten a la opinión de otro Servicio.

3.- Resultado de la actuación de un Servicio sobre determinados pacientes con una patología concreta, (que por la importancia, relieve, o condiciones didácticas así lo requieran), que hayan sido previamente enviados por algún médico perteneciente al otro Servicio que interviene en la sesión.

4.- Problemas que haya suscitado el tratamiento médico o quirúrgico adoptado, sobre el curso de la enfermedad de un paciente determinado.

5.- Complicaciones postoperatorias observadas durante ese mes en los enfermos intervenidos en la Unidad Docente de Cirugía General y del Aparato Digestivo y que pudieran relacionarse con las actuaciones de otros Servicios participantes en la sesión.

Es necesario, que cada miembro del Hospital en general, y cada uno de los integrantes de los Servicios de Medicina Interna y Cirugía General y del Aparato Digestivo en particular, conozca, con veinticuatro horas de anticipación a la reunión como mínimo, los distintos temas a tratar en la reunión conjunta. Para ello, se anunciará en los sitios visibles del Hospital, una relación ordenada de cada uno de los temas elegidos para tal reunión.

e) Asistencia

Es necesario recordar el carácter docente y asistencial de estas reuniones por lo que es condición indispensable para la buena marcha y desarrollo futuro de las mismas, la asistencia de la totalidad de los miembros integrantes de ambos Servicios. Podrán asistir así mismo todos los médicos de los restantes Servicios del Hospital, sin necesidad de recabar para ello autorización alguna, pero exigiéndoles mantengan las normas, en lo que a puntualidad, compostura e intervención en las discusiones se requiere.

Puede solicitarse, con la suficiente antelación, la presencia en estas reuniones de algún miembro de cualquier otro Servicio del Hospital (especialmente Radiología y Anatomía Patológica), cuando por su relación con el caso expuesto, o por su condición de especialista, puedan dar luz al diagnóstico o claridad en la descripción.

e) Exposición

La presentación de los distintos casos clínicos ha de ser realizada por los Médicos Especialistas en Formación de forma concisa y rápida, resaltando en el protocolo sólo los datos más sobresalientes del mismo, excluyendo todo aquello que alargue innecesariamente el desarrollo del caso. En determinados enfermos, el Médico Adjunto expondrá las vertientes más importantes y difíciles del diagnóstico, así como las características del tratamiento quirúrgico realizado.

El tiempo máximo de exposición de cada enfermo será de 10 minutos. Las intervenciones que suscite el caso no pueden sobrepasar los 10 minutos en ningún caso, aconsejando no extenderse más de 15 minutos en la presentación y discusión de cada enfermo.

Para la buena marcha de estas reuniones, todas ellas tendrán un moderador, elegido entre los Médicos Adjuntos, Jefes de Sección o Jefes de Unidad Docente de Medicina Interna o Cirugía General y del Aparato Digestivo. La designación será periódica y rotatoria, para que los médicos integrantes vayan adquiriendo dotes de organización y concepto de responsabilidad.

Son funciones del moderador, las siguientes:

- 1.- Responsabilizarse de la puntualidad en el inicio y finalización de la sesión.
- 2.- Ordenar la reunión en su organización previa con los diferentes médicos presentadores.
- 3.- Dirigir el desarrollo de la sesión dando entrada a cada nuevo caso, y cediendo la palabra al final de la exposición, a cada uno de los médicos que deseen intervenir, según el orden de petición de cada uno de ellos.
- 4.- Inflexibilidad en lo que a límites de tiempo se refiere.
- 5.- Responsabilizarse de que todas las sugerencias importantes sean recogidas por los médicos encargados, en el protocolo clínico del enfermo.

5.9. SESIÓN DE INVESTIGACIÓN.

Son sesiones informativas donde se expondrá la labor de investigación de la Unidad Docente.

Se realizarán una vez cada semestre, al final de la sesión docente.

5.10. JORNADAS ANUALES DE UNIDADES FUNCIONALES MULTIDISCIPLINARES.

a) Concepto: Es una reunión de trabajo interhospitalario, de ámbito nacional, que planifican las diferentes Unidades Funcionales Multidisciplinarias de la Unidad Docente de CGAD, sobre un tema específico de sus respectivos campos de superespecialización.

b) Periodicidad: anual.

c) Desarrollo: se lleva a cabo en el salón de actos del Hospital, durante una mañana entera. Los ponentes son miembros de la Unidad, que realizan la jornada, e invitados de otros Hospitales a nivel Nacional, dedicados en su trabajo diario al tema que se ha decidido tratar.

Cada Jornada contará con la declaración de interés científico-sanitario por parte del Servicio Murciano de Salud.

6. METODOLOGÍA DIDÁCTICA

En nuestra Unidad Docente creemos que el aprendizaje en el sistema de Formación Especializada debe basarse en una enseñanza de adultos, orientada fundamentalmente en quién aprende, sustentado en el aprendizaje basado en problemas, a través del autoaprendizaje y el constante entrenamiento profesional. Estos dos últimos objetivos son el fin de la formación, en tanto que el aprendizaje basado en problemas será el medio mediante el cual llegaremos a dicho resultado, sustentados siempre en que el proceso de formación requerirá una progresiva responsabilidad y que quien aprende tendrá sus particularidades que deben respetarse y ajustarse al itinerario formativo tipo.

En ese sentido se ha establecido un horario semanal de tutoría para los especialistas en formación, incluidos los rotantes de otras unidades docentes, que será todos los miércoles de 13:30 a 15.00 horas.

7. PROGRAMA TRANSVERSAL Y COMPLEMENTARIO DEL RESIDENTE (PTCR)

En lo referente al PTCR, nuestra Unidad se adhiere al programa establecido por la Comisión de Docencia, según las directrices del órgano competente de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Los contenidos básicos que contempla son:

- RCP (Adaptación programa Perséfone).
- Introducción al proceso de comunicación asistencial.
- Protección radiológica.
- Gestión de la calidad.
- Organización sanitaria y gestión clínica + Registro de instrucciones previas.

- Bioética.
- Salud, sociedad y cultura.
- Metodología de la investigación y práctica basada en la evidencia.
- Formación sobre certificación de la defunción.

Asimismo, la Unidad Docente de CGAD colaborará y facilitará la asistencia del residente en aquellas acciones formativas que apruebe la Comisión de Docencia y se consideren transversales para los residentes de nuestro centro, como son:

- Programa de acogida.
- Curso de Urgencias para residentes de primer año.

8. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

8.1. SESIONES ANATOMOCLÍNICAS

La Unidad Docente de CGAD participa activamente en las sesiones anatomoclínicas generales del Hospital, según cronograma establecido por la Comisión de Docencia del Hospital.

8.2. PROGRAMA DE POSTGRADO

A los Médicos Especialistas en Formación se les recomienda la inscripción estudios del Doctorado-Máster por la Universidad de Murcia. Actualmente los dos residentes de la Unidad cursan estos estudios de postgrado.

9. ORGANIZACIÓN DE LA TUTORÍA

9.1. TUTOR

Dr. Jorge Alejandro Benavides Buleje, miembro de la Unidad Docente de CGAD del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia desde el año 2000, Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo vía M.I.R. por el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, Experto Universitario en Cirugía Mínimamente Invasiva por la Universidad Complutense de Madrid, Doctor en Medicina por la Universidad de Murcia, Cualificación del Comité Europeo de Cirugía (EBSQ) en Coloproctología, Miembro en activo de la Comisión de Docencia del HGURS y Vicepresidente de la misma, Profesor Honorario en Ciencias de la Salud por la Universidad de Murcia y de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Piura, Perú.

9.2. SUPERVISIÓN DE LA DOCENCIA

9.2.1. Asistencia a actividades formativas relacionadas con la docencia

- Normativa, gestión y calidad en la formación sanitaria especializada.
- Elementos de supervisión y seguimiento de la formación del residente en el Hospital General Universitario Reina Sofía.
- Cómo planificar acciones formativas.

- Aprendizaje basado en problemas en la residencia. Nivel básico.
- Metodología de investigación y lectura crítica de artículos científicos para tutores y profesionales implicados en la formación especializada del Hospital General Universitario Reina Sofía

9.2.2. Seguimiento de producción científica y de la formación del residente

En la Unidad Docente de CGAD se ha establecido, desde octubre de 2009, un horario mensual de tutoría que se realiza los miércoles de 13:30 – 15 horas. En este horario se realiza toda la labor concerniente a la tutoría en cuanto a la producción científica y formación del especialista en formación.

9.3. CRITERIOS DE ASIGNACIÓN O ELECCIÓN DEL TUTOR

El jefe de la unidad docente asignará un tutor a cada residente, teniendo en cuenta que un tutor no podrá tener a su cargo más de cinco residentes.

9.4. ITINERARIO FORMATIVO DE TUTORES DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Los tutores realizarán las acciones formativas necesarias en normativa, gestión y calidad de la formación sanitaria especializada, y en metodología docente y de investigación, para su acreditación y reacreditación.

10.- CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR ADAPTACIONES DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA RESIDENTES CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

En caso de residentes con necesidades educativas especiales se procederá a la adaptación individual del itinerario formativo, a través del plan individual del residente, que permita su formación en igualdad de condiciones, consultándose a otras unidades en caso necesario.

11.- CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ENSEÑANZA Y DE LA PRÁCTICA DOCENTE DE LOS TUTORES

11.1 OJETIVOS

Evaluar las competencias que debe adquirir el residente durante la rotación por la unidad asistencial.

Detectar elementos de mejora que deberán permitir un proceso de retroalimentación constructivo posterior por parte del tutor

Los informes de evaluación de las rotaciones formarán parte de la evaluación formativa.

11.2 QUIÉN LO DEBE EVALUAR

La evaluación será realizada por los facultativos responsables a los que esta asignado el residente durante el periodo de rotación. El informe de evaluación se remitirá al tutor del residente.

En el caso de rotaciones largas (con una duración superior a tres meses) es recomendable realizar una evaluación en la mitad del periodo de la rotación.

11.3 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: LISTA DE COMPROBACIÓN Y VALORACIÓN GLOBAL

Consiste en la comprobación de actividades, conductas o pasos que son componentes de una competencia más compleja. La forma habitual es mediante una marca de comprobación o si/no que nos indica si dicha conducta o acción ha tenido lugar.

La lista de comprobación puede ser útil para evaluar aquellas competencias que se pueden partir en acciones o conductas concretas.

Otra herramienta es la valoración global en la que se juzgan categorías generales y no actuaciones concretas, por ejemplo: competencia clínica, habilidades comunicativas, trabajo en equipo etc, en su conjunto. La valoración se hace retrospectivamente sobre la base de distintas observaciones para un periodo de tiempo.

Las escalas que se usan en la valoración global son cualitativas que frecuentemente incluyen valores numéricos. Así, muy bien=1; bien=2; suficiente=3; deficiente=4 o también: excelente=1; suficiente=2 insatisfactorio=3

Para la evaluación de un periodo de rotación nos podemos plantear un modelo que combine el uso de lista de comprobación con la valoración global. Esto supone combinar el análisis de actuaciones concretas que supone la lista de comprobación con la valoración global de la competencia alcanzada propia de la valoración global.

La Comisión de Docencia tiene aprobados unos modelos de evaluación (informe trimestral, ficha de evaluación de las rotaciones, evaluación anual-final) que pueden descargarse de la Web: <http://www.residentesreinasofia.es>