

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE LA PRESENTE EDICIÓN)

GUÍA FORMATIVA DE RESIDENTES DE APARATO DIGESTIVO

	Nombre y Cargo	Firma	Fecha
ELABORADO POR	Eduardo Redondo Cerezo Flor Nogueras López Tutores		01/01/2012
APROBADO POR	Comisión Docencia		25/03/2013
VALIDADO POR	Dirección Gerencia		30/11/2013

REGISTRO DE REVISIONES		
FECHA DE REVISIÓN	ACTUALIZADO POR:	PRÓXIMA REVISIÓN
Marzo-2013		Marzo-2017

Unidad Docente de Aparato Digestivo

Jefatura de Unidad Docente: D. Javier de Teresa Galván.

Tutores:

- Eduardo Redondo Cerezo
- Flor Nogueras López

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

ÍNDICE

	Pág.
1. BIENVENIDA	3
2. El Hospital Universitario Virgen de las Nieves y el Servicio de Aparato Digestivo	4
2.1. Nuestro Equipo	7
2.2. Cartera de Servicios. El Servicio en cifras	8
2.3. Estructura física	9
3. PROGRAMA FORMATIVO OFICIAL DEL ESPECIALISTA EN	11
4. GUÍA O ITINERARIO FORMATIVO DEL RESIDENTE DE	11
4.1. Competencias generales a adquirir durante la formación	11
4.2. Plan de rotaciones	13
4.3. Competencias específicas por rotación	14
4.4. Rotaciones Externas recomendadas	64
5. GUARDIAS: Protocolo de supervisión de la unidad	64
6. SESIONES	71
7. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN/TRABAJOS DE CAMPO	71
8. EVALUACIÓN	71
9. BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA	77
10. PLAN PERSONAL DE FORMACIÓN	78

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

1. BIENVENIDA:

La formación de especialistas constituye un reto de primer orden para un grupo de profesionales. La responsabilidad del futuro de la asistencia sanitaria para nuestros conciudadanos y para nosotros mismos debe ser para nosotros una prioridad.

Llega el momento de establecer por escrito lo que hemos venido haciendo y lo que debemos mejorar para alcanzar la excelencia en la formación de nuestros especialistas en Aparato Digestivo. La tentación de incluir a los residentes como un escalón más en la vorágine de la asistencia se conjura con la más estricta exigencia clínica y científica que pretende recoger esta guía. Para ello, no basta con un tutor o un jefe de servicio motivado, es necesario el compromiso de todos, desde el personal administrativo, de enfermería y la plantilla de nuestra Unidad para la consecución de tan noble objetivo.

Para establecer en cada momento qué debemos exigir y exigirnos, hasta donde debemos llegar y por qué camino, nacen estas páginas frías que deberán adaptarse día a día a la realidad por la que nos toque transitar, contando con que somos personas, con las infinitas particularidades que cada uno puede imprimir a su formación y su forma de enseñar. Afortunadamente para nosotros, otros ya han recorrido el camino, y algunas instituciones internacionales y nacionales nos marcan la senda que debemos seguir para formar especialistas que aspiren a encontrarse al máximo nivel internacional.

Toda aspiración inferior a la anteriormente expuesta será conformarse, adocenarse y resignarse a pertenecer a la segunda fila de la mediocridad. Ni nuestros pacientes ni nosotros merecemos esto, y he aquí el más vibrante porqué de éste esfuerzo y todos los que esperemos que se sigan de aquí en adelante.

Bienvenido residente, a estos años que serán los más importantes de tu vida profesional. De tu trabajo estos años depende el especialista que podrás llegar a ser en el futuro. Para esto, cuenta con nuestra confianza y apoyo, con nuestros conocimientos y habilidades, con nuestra amistad y compañía. No obstante, no olvides que el mayor esfuerzo depende de ti mismo, de tu trabajo y de tu entrega. Sólo podemos asegurarte que todo esfuerzo merece la pena. Esperamos que nuestro programa docente te conduzca en cuatro años al máximo nivel de humanismo, profesionalidad y excelencia clínica.

Eduardo Redondo Cerezo
Coordinador de Investigación y Docencia
Servicio de Aparato Digestivo

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

2. EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES Y EL SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO:

EL HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES

El **Hospital Universitario Virgen de las Nieves**, de Granada, figura entre los grandes hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), situándose como un hospital de tercer nivel, dotado de una Cartera de Servicios de alta complejidad, cuenta con equipamiento de última generación en las áreas de diagnóstico y tratamiento, y con una plantilla superior a los 4600 profesionales. El Hospital Virgen de las Nieves es un complejo Hospitalario constituido por siete centros asistenciales y un edificio administrativo organizados espacialmente en cuatro grandes áreas:

- Recinto Caleta.- [Hospital General](#), [Hospital Materno Infantil](#), Edificio de Gobierno y [Centro de Consultas Externas Licinio de la Fuente](#).
- Recinto Cartuja.- [Hospital de Rehabilitación y Traumatología](#), [Centro Periférico de Especialidades de Cartuja](#).
- Recinto San Juan de Dios.- [Hospital de San Juan de Dios](#).
- Comunidad Terapéutica de Granada Norte.

El Hospital General, fue el primer centro de la Seguridad Social de Granada que finalizó su construcción en el año 1953. Veinticinco años después, se realizó una gran reforma encaminada fundamentalmente a incrementar el área de hospitalización y la mejora de las instalaciones. El concepto funcional del hospital responde, por lo tanto, a la concepción de los recintos hospitalarios de los años cincuenta. Se trata de un hospital vertical, con áreas quirúrgicas por especialidades ubicadas en cada una de las plantas donde estas tienen su área de hospitalización.

Las fechas de construcción y reforma de los principales edificios del Hospital de Universitario Virgen de las Nieves son.

- Hospital General: Construido en 1953 y reformado en 1984
- Hospital Maternal Infantil: anexo y comunicado con el Hospital General. Fue construido en 1973
- Hospital de Rehabilitación y Traumatología: fue construido en 1976. Anexo a él y de la misma época se encuentra el Centro Periférico de Especialidades "Cartuja"
- Hospital San Juan de Dios: Es un edificio histórico del Siglo XVII. Procedente de la Diputación de Granada fue adscrito al SAS en 1991

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

- Centro Periférico de especialidades Licinio de la Fuente: 1975. En él se encuentra ubicado el Centro de Salud Dr. Caballero y el Centro regional de Transfusiones Sanguíneas.
- Comunidad Terapéutica de Granada Norte. Es un dispositivo de media-larga estancia para enfermos mentales. Ocupa uno de los pabellones del antiguo Hospital Psiquiátrico en la carretera de Málaga, junto al barrio de La Chana. Funciona como tal desde el año 2000.

La misión del Hospital Universitario Virgen de las Nieves es **mejorar los niveles de salud de la población**, mediante la prestación de servicios asistenciales especializados, de alta cualificación y complejidad, de acuerdo con la Cartera de Servicios autorizada. La asistencia ofertada deberá tener en cuenta las necesidades de la población y deberá cumplir criterios de calidad y de eficiencia.

El Hospital tiene la misión de **participar en la formación de profesionales** de las diferentes áreas de conocimiento en ciencias de la salud, con especial atención a la formación de especialistas incluidos en el Programa MIR, así como participará en la formación pre-grado de las diferentes profesiones sanitarias y relacionadas.

Es una meta del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, en tanto que se trata de un centro de alta especialización el **impulsar el desarrollo de proyectos de investigación e innovación**, en su ámbito de actuación, orientados a la generación de valor para el hospital y para el conjunto del Sistema Sanitario Público.

Es una meta del Hospital Universitario Virgen de las Nieves el **desarrollar el máximo nivel de prestaciones asistenciales que sean posibles** y razonables en un centro de sus características, facilitando la incorporación de nuevas técnicas y garantizando un uso eficiente de los recursos.

Es una meta del Hospital Universitario Virgen de las Nieves el **fomentar los canales de comunicación y cooperación con Atención Primaria**, de forma que se garantice de manera eficaz la continuidad del proceso asistencial a los pacientes de nuestra área geográfica.

El ciudadano es el centro y razón de ser del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Nuestra meta es garantizarle la accesibilidad precisa, el adecuado confort y la atención personalizada que demande. Para ello desarrollaremos iniciativas dirigidas a mejorar el conocimiento sanitario de la población, y a facilitar el conocimiento del funcionamiento y prestaciones del SSPA. Impulsaremos la participación y la corresponsabilidad en la gestión por parte de los ciudadanos y profesionales, que debe suponer la garantía en el mejor aprovechamiento de los recursos, tanto para adecuarlos a las demandas sociales, como en el establecimiento de las prioridades.

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

Los profesionales, proveedores de los servicios que el Hospital Universitario Virgen de las Nieves ofrece a sus pacientes, son un elemento fundamental e imprescindible de la organización. La formación, la motivación, la diferenciación y la adaptación a las circunstancias cambiantes de la asistencia presidirán las políticas de gestión de recursos humanos como instrumento imprescindible para alcanzar con éxito los objetivos del hospital.

EL SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO

El Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario Virgen de las Nieves tiene una gran experiencia docente. Prácticamente desde su creación en los años 70, nuestro servicio ha formado promociones de gastroenterólogos que han desarrollado su labor por toda la geografía española, y en los dos hospitales de nuestra ciudad. La práctica clínica siempre ha aspirado a la excelencia, en un Servicio que ha sido pionero en diversas técnicas endoscópicas, en ecografía digestiva y en la incorporación de innovaciones a la actividad clínica habitual. Los residentes formados en nuestro Servicio han demostrado un alto nivel de competencia en toda la geografía española y fuera de nuestras fronteras.

La Unidad de endoscopia digestiva, una de las de mayor actividad endoscópica de nuestra región, posee 5 salas de endoscopia convencional, una de endoscopia terapéutica dotada de fluoroscopia de última generación, una sala de pruebas funcionales y capsuloendoscopia, una sala para técnicas de hígado y una sala íntegramente dedicada a la ecografía abdominal. En esta unidad se realizan habitualmente procedimientos de alta complejidad endoscópica, en los que los residentes pueden iniciarse durante su período formativo. La Unidad de Endoscopias está dotada con cuatro equipos de enfermería de elevada calificación en el campo de la endoscopia digestiva, y con amplia experiencia en la docencia postgraduada.

También contamos con Unidad de Hepatología y trasplante hepático. El programa de trasplante se inició en 2002, actualmente consolidado y con formación de residentes. La Unidad de Hepatología es más antigua, pero actualmente está en proceso de reestructuración, previéndose un crecimiento significativo, más aún dentro de las inmensas posibilidades que ya tiene.

La Unidad de Hospitalización cuenta con 50 camas asignadas, constituyendo una de las de mayor volumen en España. La variedad y complejidad de los pacientes ingresados es altísima, como corresponde a un hospital de tercer nivel de las características del nuestro. Las posibilidades de formación en la clínica digestiva quedarán así plenamente satisfechas. El servicio cuenta con cuatro consultas generales diarias y dos monográficas de hepatología y

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

enfermedad inflamatoria intestinal. Contamos con un programa de guardias de la especialidad para nuestros residentes, de larga tradición en nuestro hospital, en las que el residente se familiarizará con la asistencia clínica urgente a pacientes digestivos, y en las que tendrá la oportunidad de enfrentarse y resolver como primer endoscopista situaciones de endoscopia urgente de elevada complejidad, con una casuística que le permitirá adquirir una experiencia incomparable en este campo.

El Servicio desarrolla una importante actividad docente e investigadora. Suelen programarse al menos tres sesiones semanales, obligatorias para los residentes. La investigación es un aspecto esencial de nuestra actividad, con publicación de trabajos originales, así como un número variable de casos clínicos, cartas al editor etc., en las que la participación de los residentes es muy importante. Tradicionalmente nuestro servicio ha tenido una presencia muy significativa en los congresos de la especialidad, tanto nacionales como internacionales. Además, el residente tendrá la oportunidad de desarrollar iniciativas propias para la publicación de estudios, con la ayuda y experiencia de adjuntos con una actividad científica constante. Contamos con adjuntos que son profesores asociados de la Universidad, y con vínculos muy estrechos con la misma, lo que siempre implica facilidades para desarrollar estudios de doctorado y elaborar la tesis doctoral.

En definitiva, el Servicio de Aparato Digestivo es un servicio con una enorme carga asistencial, con inmensas posibilidades de desarrollo, actualmente en un proceso de reestructuración ilusionante, y con una perspectiva de futuro que estará llena de oportunidades para los residentes que se formen en él.

NUUESTRO EQUIPO

Jefe de Servicio: Javier de Teresa Galván.

Tutores de Residentes: Flor Nogueras López

Eduardo Redondo Cerezo.

Facultativos Especialistas de Área:

- Enrique Lacárcel Fernández
- Antonio Damián Sánchez Capilla
- Miguel Ruiz-Cabello Jiménez.
- María José Cabello Tapia.
- María Del Mar Martín Rodríguez.
- Manuel García Montero.

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

- Mercedes López de Hierro Ruiz.
- José Antonio Martínez Oller.
- José Francisco Martínez Salmerón.
- María R. Gómez García.
- Juan Gabriel Martínez Cara.
- María Dolores Espinosa Aguilar.
- María Ángeles López Garrido.
- María José Rodríguez Sicilia

Residentes de Aparato Digestivo:

- Manuel Ojeda Hinojosa (R4)
- Ana Matas Cobo (R4)
- Cristina González Artacho (R3)
- Virgilio Martos Ruiz (R3)
- Carlos Alegría Motte (R2)
- Paloma de La Torre Rubio (R2)
- María Del Carmen García Marín (R1)
- Elisabeth López González (R1)

NUESTRO SERVICIO EN CIFRAS

2.1.1. Actividad de hospitalización:

- Nº ingresos: 1638
- Nº estancias: 14810
- Estancia media: 8.12
- Porcentaje de ocupación: 83.52%
- Nº ingresos urgentes: 1233

2.1.2. Actividad de interconsultas procedentes de otros servicios:

- Nº interconsultas: 2830

2.1.3. Actividad de consultas externas:

- Nº total de consultas: 17574
- Nº consultas segundas: 12044
- Nº de primeras consultas: 5530 (31.47%)

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

2.1.5. Actividad de técnicas complementarias:

Endoscopia digestiva diagnóstica:

- Gastroskopias: 3092
- Colonoscopias totales: 2340
- Colonoscopias izquierdas: 464
- Ecoendoscopias diagnósticas: 430

Ecografías abdominales: 1990

Técnicas hepáticas:

- Biopsias hepáticas: 44
- PAAF de LOEH: 17
- Alcoholización de hepatocarcinoma: 17

Endoscopia terapéutica:

- Ligadura con bandas/esclerosis de varices: 63
- Nº de Polipectomías altas: 43
- Polipectomías de colon: 474
- Dilataciones esofágicas: 94
- Cuerpos extraños esofágicos: 38
- Gastrostomía de alimentación: 29

Técnicas biliopancreáticas:

- CPRE: 287

Exploraciones funcionales:

- Manometrías esofágicas: 169
- Manometrías rectales: 53
- Phmetrías: 128
- Feed-Back: 19

INFORMACIÓN BÁSICA DEL SERVICIO.

1. UBICACIÓN Y DOTACIÓN:

La sección de Aparato Digestivo cuenta con 40 camas de Hospitalización situadas en la 5ª planta. En la planta se sitúa la sala de sesiones, en la que todos los miembros del servicio se reúnen cada mañana a las ocho y media.

Asimismo, contamos con cinco consultas en la segunda planta del Edificio Licio de la Fuente que funcionan diariamente, y otras dos consultas de hepatología en la planta baja del hospital.

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

La Unidad de Endoscopia Digestiva está situada en la primera planta izquierda del Hospital, dotada de 8 salas de endoscopia, una de ellas equipada con un arco de fluoroscopia para la CPRE y procedimientos terapéuticos que necesitan de ésta tecnología, otras dedicada a endoscopia convencional y una dotada con una consola de ecografía de última generación y de ecoendoscopia lineal y radial. Asimismo disponemos de otra sala de exploraciones funcionales y una sala de despertar para pacientes sometidos a sedación profunda.

En la Unidad de Endoscopias existe además un vestuario y acceso directo a la biblioteca del hospital dotada de amplia base bibliográfica y ordenadores con acceso a Internet y a la completísima biblioteca virtual del SAS.

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

3. PROGRAMA FORMATIVO OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD DE APARATO DIGESTIVO

<http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/NPaparatoDigestivo.pdf>

4. GUÍA O ITINERARIO FORMATIVO DEL SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL HUVN:

OBJETIVOS GENERALES DE LA ESPECIALIDAD

Los objetivos o "competencias" de un especialista en Aparato Digestivo se centran en la adquisición de un nivel profesional correspondiente a lo que la guía oficial considera cómo el perfil profesional de la especialidad. A continuación reproducimos esa parte de la guía docente tal y como se publicó en el decreto (Ver anexo al final del documento).

El Especialista del Aparato Digestivo debe tener los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para orientar clínicamente el diagnóstico de los pacientes con enfermedades digestivas, aplicar las pruebas complementarias más apropiadas siguiendo criterios de coste/beneficio que contribuyan a realizar este diagnóstico, determinar el pronóstico y recomendar la terapéutica más apropiada, lo que implica:

a) Tener una sólida formación en medicina interna y amplios conocimientos sobre fisiopatología, clínica, prevención y tratamiento de las enfermedades digestivas así como de sus indicaciones quirúrgicas.

b) Dominar las técnicas relacionadas con la especialidad, principalmente la endoscopia y ecografía digestiva diagnóstica y terapéutica, debiendo conocer así mismo en profundidad, la interpretación de las técnicas de imagen.

c) Tener una amplia experiencia clínica a través del contacto directo con pacientes en el hospital y la consulta externa a fin de ser un experto en las diferentes fases del curso evolutivo de las enfermedades digestivas.

d) Conocer y saber aplicar conceptos relacionados con la medicina preventiva, salud pública, epidemiología clínica, bioética y economía sanitaria, así como conocimientos sobre investigación clínica de forma que éste especialista tenga una mentalidad crítica en el análisis de la bibliografía médica.

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

A estos objetivos, creemos que es imprescindible añadir una perspectiva investigadora, no sólo desde el punto de vista de la lectura crítica y análisis de la bibliografía, sino también desde la adquisición de la capacidad de comunicar hallazgos científicos, de publicar resultados de series o investigaciones propias, o las del diseño, con asistencia de expertos, de trabajos que den respuesta a hipótesis de investigación. Para ello, será imprescindible que al final del período de residencia el residente haya publicado como primer autor algún trabajo de investigación.



VERSION 2.0

**GUIA O ITINERARIO FORMATIVO
DE RESIDENTES**

Anexo 7.

PLAN GENERAL DE ROTACIONES DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO

	<i>1^{er} trimestre</i>	<i>2^o trimestre</i>	<i>3^{er} trimestre</i>		<i>4^o trimestre</i>	
MIR-1A	MEDICINA INTERNA	MEDICINA INTERNA	PLANTA DIGESTIVO		PRIMARIA	CIRUGÍA (1 MES)
MIR-1B	MEDICINA INTERNA	MEDICINA INTERNA	CIRUGÍA (1 MES)	PRIMARIA	PLANTA DIGESTIVO	
MIR-2A	PLANTA DIGESTIVO (2 meses)	TÉCNICAS FUNCIONALES/ECOGRAFÍA ENFERMEDAD INFLAMATORIA Lunes: Motilidad/cápsula/EII Martes: Eco abdominal Miércoles: Motilidad/cápsula/EII Jueves: Eco abdominal Viernes: EII (5 MESES)		PLANTA DIGESTIVO		UCI (2 MESES)
MIR-2B	PLANTA DIGESTIVO	PLANTA DIGESTIVO (2 MESES)	UCI (2 MESES)	TÉCNICAS FUNCIONALES/ECOGRAFÍA ENFERMEDAD INFLAMATORIA Lunes: Motilidad/cápsula/EII Martes: Eco abdominal Miércoles: Motilidad/cápsula/EII Jueves: Eco abdominal Viernes: EII (5 MESES)		
MIR-3A	PLANTA DIGESTIVO	ENDOSCOPIA BÁSICA 2	ENDOSCOPIA BAJA (2 MESES)		HEPATOLOGÍA Y TRASPLANTE/TÉCNICAS DE HÍGADO	
MIR-3B	ENDOSCOPIA BÁSICA 2	HEPATOLOGÍA Y TRASPLANTE HEPÁTICO/TÉCNICAS DE HÍGADO	PLANTA DIGESTIVO		ENDOSCOPIA BAJA (2 MESES)	
MIR 4	LUNES (ENDOSCOPIA BAJA O CONSULTAS. Técnicas de hígado si no hay R3) MARTES: CPRE o ECOENDOSCOPIA. MIÉRCOLES: ENDOSCOPIA BAJA/HÍGADO. JUEVES: CPRE o ENDOSCOPIA BAJA. VIERNES: ECOENDOSCOPIA O ENDOSCOPIA BAJA/CPRE.					

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

INTRODUCCIÓN AL PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

Durante el primer año de la residencia de Aparato Digestivo es fundamental que el residente se acostumbre al trato directo con el paciente de Medicina Interna en general, para luego, después de adquirir conocimientos específicos sobre la historia clínica en Medicina Interna, centrarse en la patología netamente digestiva con una rotación en el área de hospitalización. En este primer período, la mitad del año estará dedicada a la Medicina Interna, una rotación central para poder manejar la patología de nuestros pacientes, que casi nunca se presentan únicamente con enfermedades digestivas. En estos seis primeros meses el residente tratará de integrarse plenamente en el funcionamiento y trabajo de éste Servicio. Acudirá a las sesiones científicas del mismo, y, cuando no las haya, podrá acudir a las de nuestro Servicio. Procurará centrarse en pacientes sin patología digestiva, a fin de ampliar al máximo sus conocimientos sobre Medicina Interna en general.

De aquí el residente pasará al Servicio de Cirugía General en el que dedicará un mes especialmente a participar en la actividad quirúrgica y asomarse "en directo" al objeto fundamental de nuestra especialidad: la cavidad abdominal. En este periodo (y pudiendo ampliarlo uno o dos meses más) el residente realizará guardias de Cirugía, a fin de familiarizarse con la patología abdominal quirúrgica urgente.

El la zona de Hospitalización de Aparato Digestivo, se encargará de los pacientes de Digestivo siempre bajo la supervisión constante del adjunto de referencia. Durante éste periodo se familiarizará con el manejo general de los pacientes que más frecuentemente encontramos en nuestra planta. Podrá iniciarse en la historia clínica digestiva y en técnicas sencillas como la paracentesis diagnóstica. El control general del enfermo hospitalizado se hará siempre con la supervisión presencial, directa y fehaciente (en documentos escritos) del adjunto.

La rotación en atención primaria, supondrá contemplar en primera línea la enorme carga asistencial que suponen los procesos digestivos en este campo, especialmente procesos funcionales como el síndrome de intestino irritable o la dispepsia funcional. En ella observará la importancia y la práctica de la relación entre los diferentes niveles asistenciales de nuestro sistema sanitario.

El residente participará en todas las sesiones de los servicios en los que rote, pudiendo participar en las de nuestro servicio en el caso de que no las haya en el Servicio por el que rote en ese momento. Mantendrá un contacto permanente con el tutor, al menos una entrevista

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	<p>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</p>	<p><i>Anexo 7.</i></p>
<p>VERSIÓN 2.0</p>		<p>FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)</p>

trimestral y será incluido en diversas líneas de investigación de las que tenemos actualmente en marcha.

Al final de este periodo el residente debe ser capaz de hacer historias clínicas completas, informes, y haber atendido con tutela directa pero en primera persona al menos a 300 pacientes hospitalizados. Todas las actividades deben llevarse a cabo directamente por el residente bajo la supervisión del tutor correspondiente.

A continuación se detallan cada una de las rotaciones que el residente realizará durante este año.

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

OBJETIVOS GENERALES DEL PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

Profundizar, mediante el estudio tutelado, en el conocimiento de las enfermedades más relevantes del área de la medicina interna, particularmente en las que concurren más frecuentemente en el paciente con enfermedades digestivas.

Tener la oportunidad de observar y manejar directamente pacientes que padecen enfermedades muy diversas y variadas, particularmente las respiratorias, las cardio-circulatorias, las renales, las endocrinas, las neurológicas, las metabólicas, las infecciosas, las hematológicas, las oncológicas y las reumatológicas de alta prevalencia.

En la rotación por cirugía digestiva debe profundizar en el diagnóstico, la estadificación, la historia natural, el manejo quirúrgico y el pronóstico de las neoplasias digestivas. Asimismo, debe consolidar sus conocimientos sobre las indicaciones, las contraindicaciones y el curso postoperatorio de los procedimientos quirúrgicos habituales. También debe adquirir conocimientos y habilidades en Proctología básica (niveles 2 y 3).

Familiarizarse con la interpretación de las técnicas de imagen y comprender sus ventajas y sus limitaciones en general, y desarrollar habilidades y conocimientos en aspectos más detallados y complejos de la interpretación de la radiografía simple de tórax, abdomen y de la tomografía axial computarizada abdominal (niveles 1 y 2).

Profundizar en los aspectos relacionados con la entrevista clínica y la realización de una historia clínica y una exploración física completa y detallada, siendo capaz de identificar problemas clínicos y de planificar actitudes diagnósticas y terapéuticas encaminadas a su resolución.

Familiarizarse con los procedimientos diagnósticos de uso más frecuente y conocer sus indicaciones, contraindicaciones y complicaciones potenciales, sabiendo interpretar con facilidad los resultados obtenidos de dichos procedimientos.

Saber cómo debe seguirse la evolución de los pacientes y profundizar en el conocimiento de la historia natural de las enfermedades.

Desarrollar habilidades en la comunicación interpersonal con los pacientes, incluyendo los ancianos y sus familiares, de forma que, al final del primer año, el residente debe ser capaz de realizar informes clínicos completos. Al terminar este período, el residente debe haber atendido con tutela directa, al menos, a 300 pacientes hospitalizados. Todas las actividades, incluida la atención urgente a los pacientes, deben llevarse a cabo directamente por el residente bajo la supervisión del tutor correspondiente (niveles 2 y 3).

Cuantificación orientativa de las actividades asistenciales.

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

Según la guía oficial, deben realizarse como mínimo las siguientes actividades a lo largo de este año para alcanzar el nivel mínimo de cualificación:

- a) Historias clínicas de pacientes hospitalizados: 200.
- b) Informes de alta: 200 (debidamente visados por el personal de plantilla).
- c) Paracentesis diagnóstica/terapéutica: 15.
- d) Interpretación de radiografías simples de abdomen: 200.
- e) Interpretación de radiografía de tórax: 200.
- f) Interpretación de ECG: 200.
- g) Guardias de presencia física: Con carácter general las guardias tienen carácter formativo aconsejándose realizar entre cuatro y seis mensuales.

Actividades científicas e investigadoras

Aspectos generales.

El médico residente debe tomar conciencia durante el período de residencia de la necesidad de integrar la docencia y la investigación como partes indispensables en la labor médica. Para ello es esencial que participe activamente en las actividades de formación continuada y de investigación del Servicio y del Centro. En todo momento el residente debe incorporarse paulatinamente a los equipos de trabajo, con un nivel de responsabilidad progresivamente más alto, y en ningún caso su formación en esta área debe limitarse a aspectos meramente teóricos. Con más detalle debe:

- a) Participar activamente en el desarrollo de las sesiones clínicas del Servicio, en conjunto con otros Servicios y/o Unidades, y las generales de Hospital.
- b) Tomar parte activa en revisiones bibliográficas periódicas, otras actividades docentes del Servicio.
- c) Participar activamente en el desarrollo de las sesiones de investigación del Servicio.
- d) Desarrollar las capacidades y habilidades necesarias para llevar a cabo trabajos de investigación. En detalle, debe formarse en metodología de la investigación, y en aquellas materias complementarias como idiomas, y uso avanzado de herramientas informáticas.
- e) Desarrollar las capacidades y habilidades necesarias para la comunicación de los resultados de los trabajos de investigación, tanto en el formato de comunicación a reuniones y congresos, como en la redacción y envío de trabajos científicos para su publicación.
- f) Incorporarse a alguna de las líneas de investigación activas del centro, o en su caso contribuir al inicio de nuevas líneas. En cualquier caso, es importante que se inicie en

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	<p>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</p>	<p>Anexo 7.</p>
<p>VERSIÓN 2.0</p>		<p>FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)</p>

los procedimientos para la obtención de recursos externos, especialmente en la solicitud de becas de investigación. Sería deseable que esta labor investigadora se orientara al desarrollo de un proyecto para la obtención del título de Doctor.

Actividades:

- a) Asistir a las sesiones clínicas generales del hospital.
- b) Asistir con participación activa a las sesiones clínicas de los Servicios por los que rote.
- c) Asistir a las actividades formativas programadas por la Comisión de Docencia de acuerdo con el Tutor; que deben incluir una formación en metodología de la investigación y materias auxiliares.
- d) Comenzar el programa de Tercer Ciclo y Doctorado.
- e) Asistir a Reuniones Científicas locales y/o nacionales.

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA (R-1)

- La rotación por éste Servicio tendrá una duración de 6 meses, primeros dos trimestres de la residencia.
- No podemos perder la perspectiva de que los pacientes de Aparato Digestivo son pacientes de Medicina, con un manejo general en planta muy similar. Además, nuestros pacientes presentan otras patologías que tenemos que ser capaces de tratar y diagnosticar sin recurrir a otros especialistas. La patología médica en general excluyendo la patología digestiva es el objetivo esencial de esta rotación. El residente intencionadamente evitará ver pacientes digestivos, a los que irá dirigida su formación específica, con atención en planta esencialmente a pacientes con otras patologías.
- Se trata de una rotación en la que se persigue conseguir el manejo básico del paciente médico, esencialmente de los grandes síndromes de Medicina Interna, con práctica del diagnóstico diferencial, así como actuación en las diferentes urgencias médicas en planta. El residente tendrá la oportunidad de observar y manejar directamente pacientes que padecen enfermedades muy diversas y variadas, particularmente las respiratorias, cardio-circulatorias, endocrinológicas, neurológicas, metabólicas, infecciosas, hematológicas, oncológicas y las reumatológicas de alta prevalencia.
- **OBJETIVOS**
 - **Historia clínica en Medicina Interna, realización de la historia clínica y diagnóstico diferencial de cada enfermo ingresado a nuestro cargo, con el posterior comentario crítico con el adjunto de referencia.**
 - **Tratamientos de pacientes ingresados con patología frecuente. Al final de la rotación el residente será capaz de tratar de forma autónoma cuestiones básicas Medicina Interna como la EPOC, Insuficiencia cardiaca y cardiopatía isquémica, Insuficiencia renal aguda y crónica, Infecciones en general (Neumonías, infecciones urinarias, sepsis), tratamiento**

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	<p align="center">GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</p>	<p align="center"><i>Anexo 7.</i></p>
<p>VERSIÓN 2.0</p>		<p>FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)</p>

general del Shock de diversa etiología, manejo de pacientes pluripatológicos etc....

- **Nociones del manejo general del paciente ingresado, gestión de camas, derivación a consultas externas para completar estudios.**
- **Participación en protocolos de investigación con pacientes ingresados.**
- **Presentación de pacientes en las sesiones clínicas, participación activa en las discusiones de los problemas clínicos que se presentan.**
- **Técnicas básicas en Medicina Interna: Toraconcentesis diagnóstica y terapéutica, punción lumbar, artrocentesis etc.**
- **Interpretación de técnicas de imagen, así como nociones sobre sus limitaciones. Especial atención a la Rx simple de tórax y abdomen, así como al TAC.**
- **Indicaciones de las diversas exploraciones complementarias para cada caso.**
- **Elaboración de informes, burocracia médica y médico-legal del paciente ingresado.**
- **Se trabajará la relación médico-paciente y médico-familiares, gestión de la información clínica, secreto profesional etc.**
- **Profundizar en aspectos relacionados con la entrevista clínica, y la realización de la historia y exploración física completa y detallada, siendo capaz de identificar problemas y de planificar actitudes diagnósticas y terapéuticas encaminadas a su resolución.**

→ **BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA**

- **HARRISON, Principios de Medicina Interna, 17ª edición.**
- **Cecil Medicine: Expert Consult 23th Ed.**



JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE SALUD

GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES

Anexo 7.

VERSIÓN 2.0

FECHA ELABORACIÓN: ENERO
2011 (DE ESTA EDICIÓN)

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL (R-1)

- La rotación por éste Servicio tendrá una duración de 1 mes.
- El residente podrá realizar guardias en el Servicio de cirugía general durante la rotación específica.
- La parte central de la rotación será el quirófano, donde el residente observará casos de Cirugía Abdominal, familiarizándose con el tratamiento quirúrgico de diversos procesos abdominales.

→ **OBJETIVOS:**

- **Indicaciones, contraindicaciones y curso postoperatorio de los procedimientos quirúrgicos habituales.**
- **Abdomen agudo: Diagnóstico diferencial. Indicaciones y momento de Cirugía.**
- **Manejo general del enfermo quirúrgico, protocolos de funcionamiento en un Servicio de Cirugía.**
- **Manejo especial de pacientes agudos quirúrgicos: Pancreatitis aguda grave, hemorragia digestiva grave y urgencias abdominales.**
- **Manejo especial de pacientes con neoplasias digestivas susceptibles de tratamiento quirúrgico.**
- **Criterios de traslado a Cirugía de pacientes digestivos, toma de decisiones en cuanto al tipo de pacientes y el momento de ingreso.**
- **Ritmo de trabajo en quirófano. Organización de sesiones y presentación de los pacientes quirúrgicos. Trabajo en guardias (en las que participará) de Cirugía. Práctica de procesos quirúrgicos menores.**
- **Complicaciones y cuidados del paciente postoperado. Control de infecciones en Cirugía.**
- **Diagnóstico, estadificación e historia natural, manejo quirúrgico y pronóstico de las neoplasias digestivas.**
- **Proctología básica.**

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	<p>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</p>	<p><i>Anexo 7.</i></p>
<p>VERSIÓN 2.0</p>		<p>FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)</p>

→ **BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA**

- **HARRISON, Principios de Medicina Interna, 16ª edición.**
- **Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 8th Edition. Saunders Elsevier. Philadelphia 2006.**
- **Schwartz Principles of Surgery. 8th edition. Brinicardi F.C. Ed. Mc Graw Hill. October 2004.**
- **Sabiston Textbook of Surgery, 18th Edition. Courtney M. Townsend, Jr., MD, R. Daniel Beauchamp, MD, B. Mark Evers, MD and Kenneth L. Mattox, MD. Elsevier 2008.**

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR LA PLANTA DE APARATO DIGESTIVO-1 (R-1)

- La rotación por éste Servicio tendrá una duración variable, de 1-2 meses, del primer año de Residencia.
- Tras la rotación por Medicina Interna, el residente realizará una primera aproximación al paciente ingresado por patología digestiva, con aprendizaje del manejo e historia clínica específica.
- **OBJETIVOS TEÓRICOS.**
 - Conocimiento de la anatomía y patología básica del tracto digestivo.
 - Conocimiento de la anatomía y patología básica de la glándula pancreática.
 - Conocimiento clínico de los trastornos funcionales digestivos y de los trastornos motores digestivos con capacidad para conocer las indicaciones, contraindicaciones e interpretar las principales pruebas funcionales digestivas.
 - Conocimiento clínico de las enfermedades relacionadas con el ácido, con la infección por H. pylori y con la toma de antiinflamatorios no esteroideos.
 - Capacidad para la orientación diagnóstica en la patología oncológica del tracto gastrointestinal.
 - Conocimiento clínico de la patología pancreática aguda y crónica con capacidad para orientar las exploraciones diagnósticas. Capacidad para la orientación diagnóstica en la patología pancreática tumoral
 - Conocimiento clínico y capacidad para la orientación diagnóstica ante un cuadro de diarrea, con su definición y caracterización. Capacidad para sentar el tratamiento.
 - Conocimiento de la anatomía y patología básica del hígado y del sistema biliar.
 - Conocimiento clínico de las principales causas de hepatopatía crónica con criterio para iniciar un diagnóstico diferencial racional.
 - Reconocimiento de las principales complicaciones de la cirrosis hepática y su tratamiento: fallo hepático fulminante, encefalopatía hepática,

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

peritonitis bacteriana espontánea, síndrome hepatorenal, hemorragia por varices esofágicas. Enfoque diagnóstico terapéutico.

- Adquirir conocimientos en patología del tracto biliar, su anatomía, fisiopatología y patología concreta.
- Conocimiento y tratamiento de las posibles complicaciones sépticas de las pacientes ingresados (abscesos, septicemias, colangitis...) con reconocimiento de las situaciones de gravedad. Uso racional de la antibioterapia.
- Adquirir conocimientos de manejo de fluidos y conocer la adecuación de los balances líquidos y energéticos de los pacientes.

→ **OBJETIVOS PRÁCTICOS.**

- **Historia clínica en Aparato Digestivo, realización de la historia clínica y diagnóstico diferencial de cada enfermo ingresado a nuestro cargo, con el posterior comentario crítico con el adjunto de referencia.**
 - **Nivel R1:**
 - Reconocer las características del dolor abdominal, con descripción completa del mismo en todos sus aspectos.
 - Diferenciar un abdomen agudo de dolor abdominal no urgente.
 - Diferenciar hemorragia alta y baja.
 - Evaluación de la ictericia. Diagnóstico diferencial entre causas médicas y quirúrgicas.
 - Historia clínica y familiar en. EII, enfermedad ulcerosa, enfermedades hepáticas y tumores gastrointestinales.
 - Adecuada y completa recogida de antecedentes familiares.
- **Exploración física:**
 - **Nivel R1:**
 - Elaborar una exploración clínica completa a un paciente.
 - Capacidad de realización de una adecuada exploración por aparatos.

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

- Capacidad para realizar una exploración proctología adecuada reconociendo lesiones a la inspección y adquiriendo habilidades para la realización en interpretación del tacto rectal y de la anoscopia.
 - Datos de enfermedad hepática crónica precoces y tardíos.
 - Signos de hipertensión portal.
 - Manifestaciones cutáneas y articulares de las enfermedades digestivas.
 - Exploración abdominal determinando distensión abdominal, visceromegalias y ruidos abdominales.
- **Tratamientos de pacientes ingresados con patología frecuente. Al final de la rotación el residente será capaz de tratar de forma autónoma cuestiones básicas de gastroenterología y Hepatología como la Hemorragia digestiva alta, Pancreatitis aguda leve-moderada, descompensación hidrópica en la cirrosis hepática, hemorragia por varices esofágicas, estudio de extensión de neoplasias etc....**
 - **Nociones del manejo general del paciente ingresado, gestión de camas, derivación a consultas externas para completar estudios.**
 - **Participación en protocolos de investigación con pacientes ingresados.**
 - **Presentación de pacientes en las sesiones clínicas de los martes, participación activa en las discusiones de los problemas clínicos que se presentan. Fundamentación con bibliografía de sus decisiones.**
 - **Conocimiento de las indicaciones y contraindicaciones de los procedimientos diagnósticos relacionados con la especialidad.**
 - En general, se trata de adquirir los conocimientos adecuados para solicitar la prueba diagnóstica más racional en cada momento.
 - Capacidad para la indicación racional en la solicitud de exploraciones analíticas o de laboratorio.

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	<p align="center">GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</p>	<p align="center"><i>Anexo 7.</i></p>
<p>VERSIÓN 2.0</p>		<p>FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)</p>

- Conocimiento de las indicaciones, contraindicaciones e interpretación de la endoscopia digestiva alta y baja.
- Capacidad para la indicación racional e interpretación de la radiología baritada: estudio gastroduodenal, tránsito intestinal y enema opaco.
- Capacidad para la indicación racional de ecografía, resonancia magnética y colangiografía).
- **Contribución a la elaboración y actualización de los protocolos clínicos del Servicio especialmente relacionados con la asistencia en planta.**
- **Habilidades técnicas: Paracentesis diagnóstica y terapéutica, inserción de sondas nasogástricas y rectales.**
- **Aprendizaje de la metodología científica y de la medicina basada en la evidencia.**
 - Iniciación en la filosofía de la medicina basada en la evidencia
 - Conocimiento y comprensión de los niveles de evidencia.
 - Introducción en las nuevas herramientas de búsquedas a través de Internet.
 - Introducción en el conocimiento de la recuperación de la información a través de Internet
- **Priorización: Ser capaz de priorizar los problemas esenciales de un paciente.**
 - Deberá saber organizarse un día de trabajo.**
 - Aprenderá los límites de sus conocimientos y cuando preguntar.**
- **Profesión:**
 - Mantener la credibilidad y nivel de relaciones médico-paciente con familiares y pacientes.
 - Demostrar consideración con las opiniones y habilidades de sus colegas.
 - Asistencia y participación a los pases de planta y sesiones del Servicio.
 - Credibilidad y adecuado nivel de relaciones con personal de enfermería y auxiliar.

- Honestidad, fiabilidad y actitud colaboradora con pacientes y familiares.
- Demostrar respeto, compasión e integridad.
- Demostrar consideración hacia la cultura, religión, sexo, edad y deseos de sus pacientes.
- Conocer sus errores y trabajar por mejorarlos.

PROGRAMA CONCRETO DE TRABAJO

1. El residente de Digestivo tiene a su cargo a los enfermos ingresados en su área, que deberá conocer perfectamente, así como los más posibles de la planta en la que está. El residente se ha de conocer perfectamente a los enfermos graves, a los que pasará sala de forma habitual con el adjunto y, preferentemente, también a primera hora para advertir posibles cambios en su evolución, y antes de abandonar el hospital. Es residente debe dejar a éstos pacientes perfectamente orientados, con una historia clínica ordenada en la que se explique la evolución y posibles actuaciones a adoptar.
2. El residente deberá elaborar, si es posible y como prioridad una historia clínica completa y un diagnóstico diferencial que consultará posteriormente y corregirá con el adjunto. La hoja de ingreso de urgencias no deja de ser un magnífico instrumento que no puede sustituir a la historia clínica detallada que realizará el residente, completando los datos que se recogen en el trabajo más rápido y a menudo menos concienzudo de urgencias.
3. El residente podrá elaborar informes de alta, siempre y cuando en los mismos se identifique con claridad y fehacientemente (nombre y firma siempre) la supervisión de su adjunto de referencia.
4. El residente tendrá aproximadamente el siguiente horario:

HORA	TAREA
8.15-8.30	Valoración de los ingresos. Auto elaboración del plan de trabajo.
8.30-9.15	Sesión clínica/Actividades de formación para residentes.
9.15-11.00	Pase de planta. Historia clínica.
11.00-11.30	Desayuno-café
11.30-13.00	Visita a pacientes encamados/con necesidades especiales.
13.00-14.00	Elaboración de informes. Burocracia de planta.
14.00-15.00	Estudio en base a casos ingresados. Consultas

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

	con adjunto de referencia. Visita a pacientes graves.
--	--

El horario será flexible en función de las necesidades formativas del residente. Cuando se cumplan todas las tareas propuestas, el residente podrá bajar a la Unidad de Endoscopias a colaborar en la realización de las técnicas que ya domina o practicar la ecografía abdominal. Las necesidades docentes prevalecerán en cualquier caso sobre otras prioridades en las labores del residente.

→ **BIBLIOGRAFÍA:**

- Shiff's Diseases of The Liver. Tenth Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia 2007.
- Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 8th Edition. Saunders Elsevier. Philadelphia 2006.
- Revistas de consulta obligada disponibles en la web del hospital: Gastroenterology, Gut, New England Journal of Medicine (seminal), Journal of Hepatology, Hepatology, The American Journal of Gastroenterology.

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR ATENCIÓN PRIMARIA (R-1)

- La rotación por atención primaria supone un requerimiento derivado de la troncalidad de las especialidades médicas.
- La atención primaria debería ser la puerta principal de entrada de pacientes al sistema sanitario, constituyendo la especialidad de Aparato Digestivo una de las más frecuentemente tratadas en este nivel de asistencia.
- La experiencia de rotación en atención primaria puede y debe hacer que el residente se familiarice con al muy frecuente patología funcional, que comprenda el manejo de síndromes que no requieren el concurso del especialista, y conocer más profundamente le funcionamiento del sistema sanitario.
- **OBJETIVOS**
 - **Valoración de trastornos digestivos en Atención Primaria. Profundización en criterios de derivación.**
 - **Conocimiento de criterios diagnósticos de la patología funcional. Aplicación clínica directa a los pacientes.**
 - **Funcionamiento de la Atención Primaria. Vínculos y sistemas de comunicación con Atención Especializada.**
 - **Atención integral al paciente con problemas digestivos.**
 - **Contribución de la Atención Primaria al seguimiento integral de pacientes con enfermedades crónicas digestivas: Enfermedades Hepáticas y EII.**
 - **Criterios de solicitud de exploraciones endoscópicas desde Atención Primaria.**

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

INTRODUCCIÓN AL SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

El segundo año de la residencia de Aparato Digestivo supone adentrarse con relativa profundidad en los tres pilares básicos de la especialidad: La clínica, que comprende Gastroenterología y Hepatología, la ecografía y la endoscopia.

Inicialmente el residente, de vuelta de un primer año más general, rotará por la planta de Aparato Digestivo, tomando pleno contacto con el paciente de nuestra especialidad, proverbialmente representado en nuestra Unidad de Hospitalización. Durante este período, además de la historia clínica específica que debe dominar de forma autónoma, se iniciará en toma de decisiones terapéuticas, indicaciones de técnicas específicas, elaboración de informes y sistemática de trabajo en la sala.

Posteriormente, el residente iniciará una rotación mixta y compleja de 5 meses. Durante la misma, compaginará la actividad en pruebas funcionales, ecografía abdominal y enfermedad inflamatoria intestinal. En este período podrá familiarizarse con la sistemática de trabajo en la Unidad de Endoscopias, aprender adecuadamente las pruebas funcionales, pero también la sedación en endoscopia digestiva, procesado y cuidado de los endoscopios, así como la iniciación en la endoscopia digestiva alta. Además, podrá ir a consulta de inflamatoria y tendrá que, necesariamente, aprender la ecografía digestiva y realizarla sin dificultades, como técnica de nivel 1 en nuestra especialidad. El estudio de protocolos, indicaciones, profilaxis, métodos de sedación, control del paciente durante la exploración etc. son una parte esencial que trasciende lo puramente técnico.

Un tercer período de dos meses en la Unidad de Cuidados Intensivos, en el que el residente se centrará en la atención a pacientes críticos, adquiriendo habilidades en la canalización de vías venosas centrales, RCP avanzada (aconsejamos realizar un curso de RCP ofertado por Docencia antes de la rotación) y en cómo controlar a pacientes, especialmente con enfermedades digestivas, en situaciones críticas.

Finalmente, continuando con la progresiva adquisición de autonomía clínica, el residente completará un período formativo de 6 meses, 3 de ellos correspondientes al segundo año de su residencia, al final de los que podrá desenvolverse con cierta soltura en los aspectos fundamentales de un gastroenterólogo básico.

A continuación se detallan los objetivos docentes de cada una de las rotaciones de éste período.

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

OBJETIVOS GENERALES DEL SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

Durante su período de formación en clínica digestiva debe tener el mismo nivel de responsabilidad exigido en el primer año de residencia (niveles 1 y 2). Durante su período de rotación por la sala de hospitalización de Digestivo ha de tener la responsabilidad directa sobre, al menos, 150 pacientes hospitalizados que padezcan enfermedades digestivas diversas, por lo que debe formarse en:

a) El manejo general de los problemas digestivos más frecuentes, incluyendo el dolor abdominal, la diarrea, el estreñimiento, la hemorragia digestiva, la anemia, la ictericia, las náuseas y vómitos, los síntomas de reflujo gastro-esofágico, profundizando, mediante el estudio tutorizado, en el conocimiento teórico de las entidades nosológicas reseñadas en el anexo I.

b) La evaluación del riesgo operatorio de pacientes con enfermedades digestivas y el reconocimiento de las complicaciones digestivas de las enfermedades sistémicas y de los pacientes inmuno-deprimidos.

c) La identificación de los riesgos epidemiológicos de algunas enfermedades infecciosas, como las Hepatitis virales, aplicando las medidas profilácticas oportunas y desarrollando las habilidades de enseñanza y comunicación necesarias para mejorar la adherencia a los tratamientos aplicados a los pacientes.

d) La adquisición de habilidades para interpretar las técnicas de imagen aprendidas en la rotación correspondiente, especialmente en lo que se refiere a su correlación clínica.

e) El desarrollo de una capacidad adecuada para interpretar razonadamente un registro electrocardiográfico, para practicar correctamente las técnicas de resucitación vital básica y avanzada, y para llevar a cabo punciones arteriales y venosas centrales, (niveles 1 y 2).

f) Adquisición de habilidades para el manejo del paciente con ascitis y desarrollar habilidades técnicas para la realización de paracentesis diagnóstica y terapéuticas.

Cuantificación orientativa de las actividades asistenciales

- a) Historias clínicas de pacientes hospitalizados: 100.
- b) Informes de alta: 100.
- c) Paracentesis diagnóstica/terapéutica: 10.
- d) Interpretación de tomografías computerizadas abdominales: 100.
- e) Interpretación de tránsito intestinal y enema opaco: 30.
- f) Interpretación de gammagrafía de órganos digestivos: 10.
- g) Interpretación de pruebas de aliento en enfermedades digestivas: 15.
- h) Interpretación de pruebas de digestión y absorción: 15.

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

i) Guardias de presencia física: Con carácter general las guardias tienen carácter formativo aconsejándose realizar entre cuatro y seis mensuales.

Actividades científicas e investigadoras

- a) Asistir a las sesiones clínicas generales del hospital.
- b) Asistir con participación activa a las sesiones clínicas de los Servicios por los que rote.
- c) Asistir a las actividades formativas programadas por la Comisión de Docencia de acuerdo con el Tutor; que deben incluir una formación en metodología de la investigación y materias auxiliares.
- d) Continuar el programa de Tercer Ciclo y Doctorado.
- e) Contribuir con presentaciones a reuniones científicas locales, y asistir a reuniones nacionales.
- f) Participar en la elaboración de trabajos científicos.
- g) Incorporarse a las líneas de investigación del centro.

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR ECOGRAFÍA ABDOMINAL

- La rotación por éste Servicio tendrá una duración de 5 meses, compaginándose con la planta de Aparato Digestivo
- **OBJETIVO PRINCIPAL:** Adquirir los conocimientos para la realización de forma autónoma de Ecografía Abdominal básica. Ello incluye:
 - **Diagnóstico y valoración de hepatopatías crónicas y sus complicaciones.**
 - **Ecografía de vías biliares y páncreas.**
 - **Valoración ecográfica de procesos inflamatorios y neoformativos del tubo digestivo.**
 - Estudios de extensión de neoplasias.
 - Ecografía doppler y ecografía con contraste.
 - Observación de la metodología de la ecografía intervencionista (PAAF, alcoholización de tumores, contraste etc.)
- **OBJETIVOS ADICIONALES:** En los momentos en los que no se esté realizando ecografía abdominal, el residente podrá completar su formación con otros aspectos:
 - Valoración de la anatomía y lesiones fundamentales en TAC o RMN.
 - Valoración de placas y estudios dinámicos de ecografía baritada del tubo digestivo.
 - Valoración de imágenes de vías biliares en la Colangiografía-RMN.
- **BIBLIOGRAFÍA:**
 - **Segura JM. Ecografía Abdominal. Ed. Norma Madrid 1996**
 - **Abdominal Imaging (Revista disponible en la intranet del Hospital)**

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR EL SERVICIO DE UCI (R2)

- La rotación por éste Servicio tendrá una duración de 2 meses.
- El residente podrá hacer guardias en éste servicio como parte complementaria de la formación.

→ **OBJETIVOS:**

- **Aprendizaje de las técnicas de canalización de diferentes tipos de vías centrales.**
- **Manejo general del enfermo crítico, protocolos de funcionamiento en una UCI.**
- **Manejo especial de pacientes agudos digestivos: Pancreatitis aguda grave, hemorragia digestiva grave y urgencias abdominales.**
- **Manejo especial de pacientes con shock hipovolémico, empleo de drogas vasopresoras y de expansores de volumen.**
- **Criterios de ingreso en UCI de pacientes digestivos, toma de decisiones en cuanto al tipo de pacientes y el momento de ingreso.**
- **Ritmo de trabajo en la UCI. Organización de sesiones y presentación de los pacientes críticos. Trabajo en guardias (en las que participará) de UCI. Práctica de la reanimación cardiopulmonar (El residente asistirá al curso de RCP durante el primer año de residencia)**

→ **BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA**

- **HARRISON, Principios de Medicina Interna, 16ª edición.**
- **Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 8th Edition. Saunders Elsevier. Philadelphia 2006.**

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR TÉCNICAS FUNCIONALES Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA

- Esta rotación tendrá una duración de 5 meses.
- La rotación supone la formación del residente en motilidad, capsuloendoscopia y enfermedad inflamatoria intestinal, y tendrá lugar al mismo tiempo que la de ecografía abdominal.
- En este período el residente debería tener la oportunidad de iniciarse también en los "tiempos muertos" entre pruebas en la endoscopia alta.

→ **OBJETIVOS**

- **Aprendizaje del funcionamiento, cuidados e higiene básica de los endoscopios, manejo de las diferentes lavadoras disponibles. Lavado a mano. Cuidados especiales en pacientes con enfermedades infecto-contagiosas.**
- **Conocimientos acerca de las indicaciones de endoscopia digestiva alta y baja Urgentes. Conocimiento preciso de las contraindicaciones a la misma. Adquisición del algoritmo diagnóstico del paciente con hemorragia digestiva alta.**
- **Manometría esofágica: Interpretación de trazados normales y principales patologías. Técnica de la exploración. Calibración y cuidado del equipo de manometría.**
- **Manometría anorrectal: Indicaciones médicas y quirúrgicas. Interpretación de trazados normales y patológicos. Técnica de la exploración. Conocimiento completo de la fisiología anorrectal y posibles alteraciones.**
- **Manejo clínico de las complicaciones elementales de la endoscopia digestiva (Síncope vasovagal, perforaciones, parada cardiorrespiratoria). Manejo y revisión del carro de parada de la Sección.**
- **Interpretación de imágenes endoscópicas elementales. Diferenciación de patología benigna y maligna.**
- **Profilaxis de endocarditis bacteriana. Manejo del paciente en tratamiento antiagregante y anticoagulante.**

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	<p align="center">GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</p>	<p align="center"><i>Anexo 7.</i></p>
<p>VERSIÓN 2.0</p>		<p>FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)</p>

- **Sedación en endoscopia. Manejo de la sedación con propofol en la endoscopia alta y baja.**
- **Manejo en consulta del paciente con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Protocolos de tratamiento y seguimiento.**
- **Tratamientos especiales en Enfermedad Inflamatoria: de los esteroides a los fármacos biológicos.**
- **Indicaciones quirúrgicas, pacientes límite, problemas médico-quirúrgicos y abordajes combinados. Importancia de la interdisciplinaridad.**
- **Detectar y tratar los problemas nutricionales de los pacientes.**
- **Capacidad para reconocer las especiales complicaciones evolutivas (manifestaciones extraintestinales, abscesos, enfermedad perianal, estenosis, perforaciones, megacolon...) y su manejo.**
- **Relación médico-paciente en patologías crónicas, manejo de la reacciones transferenciales y soporte psicosocial.**
- **Indicaciones, contraindicaciones y precauciones en Capsuloendoscopia.**
- **Interpretación de imágenes en capsuloendoscopia (nivel 1)**
- **Abordaje y toma de decisiones en lesiones de intestino delgado.**

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR LA PLANTA DE APARATO DIGESTIVO-2 (R-2)

- La rotación por éste Servicio tendrá una duración de 5 meses.
- El residente debe adquirir durante esta rotación una perfecta independencia en el manejo del paciente en planta, debe indicar adecuadamente las exploraciones complementarias e intervenciones quirúrgicas. Es deseable que el residente domine a la perfección la burocracia de la planta, informes de alta, hojas de tratamiento etc., manteniendo un orden estricto de la historia clínica.
- El residente debe presentar la sesión de los martes, especialmente pacientes controvertidos o susceptibles de discusión. Debe realizar adecuadamente el diagnóstico diferencial de estos pacientes.

→ **OBJETIVOS**

- **Historia clínica en Aparato Digestivo, realización de la historia clínica y diagnóstico diferencial de cada enfermo ingresado a nuestro cargo, con el posterior comentario crítico con el adjunto de referencia.**
 - **Nivel R1:**
 - Reconocer las características del dolor abdominal, con descripción completa del mismo en todos sus aspectos.
 - Diferenciar un abdomen agudo de dolor abdominal no urgente.
 - Diferenciar hemorragia alta y baja.
 - Evaluación de la ictericia. Diagnóstico diferencial entre causas médicas y quirúrgicas.
 - Historia clínica y familiar en. EII, enfermedad ulcerosa, enfermedades hepáticas y tumores gastrointestinales.
 - Adecuada y completa recogida de antecedentes familiares.
 - **Nivel R2.**
 - **Indicaciones clínicas, contraindicaciones e interés clínico en la realización de:**
 - Endoscopia digestiva alta y baja.
 - CPRE
 - Manometría y pHmetría esofágica.
 - Tratamientos endoscópicos para la hemorragia digestiva.

- Biopsia hepática.
 - Interpretación de datos de laboratorio: Estudios de enfermedad hepática completos, radiología baritada gastrointestinal, ECO abdominal, TAC abdominal, Estudios de Medicina Nuclear aplicados al Aparato Digestivo, RMN, Biopsia hepática, capsuloendoscopia.
 - **Manejo de la bibliografía relativa a MBE en nuestra especialidad. Especialmente en el manejo de las complicaciones de las enfermedades hepáticas terminales (encefalopatía, ascitis, hemorragia varicosa, síndrome hepatorenal etc....)**
 - **Evaluación completa de pacientes que se remitan para trasplante hepático.**
- **Exploración física:**
 - **Nivel R1:**
 - Elaborar una exploración clínica completa a un paciente.
 - Datos de enfermedad hepática crónica precoces y tardíos.
 - Signos de hipertensión portal.
 - Manifestaciones cutáneas y articulares de las enfermedades digestivas.
 - Exploración abdominal determinando distensión abdominal, visceromegalias, ruidos abdominales y tacto rectal.
 - **Nivel R2:**
 - Exploración digestiva completa al máximo nivel, con determinación de gravedad de la ascitis y monitorización de procesos abdominales o complicaciones extradigestivas de procesos digestivos
 - **Tratamientos de pacientes ingresados, diagnóstico diferencial de cada paciente y algoritmo de manejo según la sospecha inicial. Aprender a elaborar un plan de asistencia (planificación de diagnóstico y tratamiento)**
 - **Nociones del manejo general del paciente ingresado, gestión de camas, derivación a consultas externas para completar estudios.**

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	<i>Anexo 7.</i>
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

- **Diagnóstico diferencial, con estudio profundo de los temas de la especialidad que conciernen de forma más precisa al paciente ingresado.**
- **Participación en protocolos de investigación con pacientes ingresados.**
- **Presentación de pacientes en las sesiones clínicas de los martes, participación activa en las discusiones de los problemas clínicos que se presentan. Fundamentación con bibliografía de sus decisiones.**
- **Indicaciones de las diversas exploraciones complementarias digestivas y radiológicas para cada caso.**
- **Contribución a la elaboración y actualización de los protocolos clínicos del Servicio especialmente relacionados con la asistencia en planta.**
- **Priorización: Ser capaz de priorizar los problemas esenciales de un paciente.**
 - Deberá saber organizarse un día de trabajo.**
 - Aprenderá los límites de sus conocimientos y cuando preguntar.**
- **Profesión:**
 - **Además de los contemplados para el nivel R1:**
 - Demostrar iniciativa y liderazgo.
 - Capacidad de delegar.
 - Compromiso con principios éticos que rigen la asistencia sanitaria, confidencialidad y consentimiento informado.
 - Compromiso con el desarrollo de su carrera profesional.

PROGRAMA CONCRETO DE TRABAJO

1. **El residente de Digestivo tiene a su cargo a TODOS los enfermos ingresados en el área de hospitalización en la que rote. Se le facilitará el adecuado conocimiento de todos los pacientes, y hará un seguimiento diario de los pacientes con problemas digestivos más relevantes (dejando los que manejo más rutinarios como pendientes de exploraciones complementarias para estadificación de neoplasias, pendientes de cirugías etc....) para evaluación por parte únicamente del adjunto, en caso de que el volumen de pacientes sea excesivo.**
2. **El residente deberá elaborar, si es posible y como prioridad, TODOS LOS INGRESOS, con una historia clínica completa y diagnóstico diferencial que consultará posteriormente y corregirá con el adjunto de referencia. A partir de ella elaborará, con la aprobación posterior del adjunto, un plan de diagnóstico y tratamiento de cada paciente.**

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

3. El residente podrá elaborar informes de alta, siempre y cuando en los mismos se identifique con claridad y fehacientemente (nombre y firma siempre) la supervisión de su adjunto de referencia.
4. El residente tendrá aproximadamente el siguiente horario:

HORA	TAREA
8.15-8.30	Valoración de los ingresos. Auto elaboración del plan de trabajo.
8.30-9.15	Sesión clínica/Actividades de formación para residentes.
9.15-11.00	Ingresos. Historia, plan de asistencia y solicitud de pruebas.
11.00-11.30	Desayuno-café
11.30-13.00	Visita a pacientes encamados/con necesidades especiales.
13.00-14.00	Elaboración de informes. Burocracia de planta.
14.00-15.00	Estudio en base a casos ingresados. Consultas con adjunto de referencia.

El horario será flexible en función de las necesidades formativas del residente. Cuando se cumplan todas las tareas propuestas, el residente podrá bajar a la Unidad de Endoscopias a colaborar en la realización de las técnicas que ya domina o practicar la ecografía abdominal en la planta de digestivo. Las necesidades docentes prevalecerán en cualquier caso sobre otras prioridades en las labores del residente.

→ **BIBLIOGRAFÍA:**



VERSIÓN 2.0

GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES

Anexo 7.

FECHA ELABORACIÓN: ENERO
2011 (DE ESTA EDICIÓN)

- Schiff's Diseases of The Liver. Tenth Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia 2007.
- Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 8th Edition. Saunders Elsevier. Philadelphia 2006.
- Zakim-Boyer. Hepatology. Disponible en última edición online para los residentes del Servicio.
- Revistas de consulta obligada disponibles en la web del hospital: Gastroenterology, Gut, New England Journal of Medicine (semanal), Journal of Hepatology, Hepatology, The American Journal of Gastroenterology.

INTRODUCCIÓN AL TERCER AÑO DE RESIDENCIA

Se inicia este periodo con la continuación de la rotación básica, como es la de la Hospitalización de Aparato Digestivo, donde completará los esenciales conocimientos clínicos adquiridos en los dos años anteriores. De acuerdo con el tutor de Residentes y los adjuntos en planta se debe hacer hincapié en aquellos aspectos que el residente considere más pobres de su formación hasta este momento.

Más adelante comenzará la rotación de Trasplante Hepático. Las indicaciones, estudio pretrasplante y postrasplante inmediato son los objetivos principales de la misma, sin olvidar la parte de la hepatología que no ha visto hasta ahora, como el tratamiento de hepatitis víricas, control de pacientes con otras enfermedades hepáticas crónicas etc.

El residente pasará 6 meses en la Unidad de Endoscopia, en los que se debe iniciar en procedimientos habituales diagnósticos, y completar la habilidad en procedimientos eminentemente terapéuticos y técnicas especiales, como manometría o capsuloendoscopia. Al adentrarse en el cuarto año de la especialidad, al final de este período, el residente debe encontrarse avezado tanto en la clínica como en la endoscopia diagnóstica y terapéutica básica. En el cuarto año de su formación el objetivo es completar la formación y, durante los meses finales, actuar ya como un adjunto más del Servicio.

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

OBJETIVOS GENERALES DEL TERCER AÑO DE RESIDENCIA

A continuación se relatan los requisitos del programa oficial. Adaptado a nuestra Unidad, puede comprobarse como los residentes tendrán conseguidos algunos de los requisitos detallados, y otros aún por definir. Ello se explica por la lógica necesidad de adaptación de las rotaciones, para optimizar el aprendizaje en nuestras circunstancias concretas.

Técnicas instrumentales:

Iniciar el entrenamiento en endoscopia y ecografía digestivas, debiendo capacitarse al menos en las técnicas instrumentales endoscópicas básicas, como esófago-gastroduodenoscopias y colonoscopias con toma de biopsias y realización de polipectomías, con responsabilidad progresiva, llegando a comprender las indicaciones y las limitaciones de estas técnicas, así como en la ecografía digestiva diagnóstica (niveles 1 y 2).

Exploración funcional digestiva:

En la Unidad funcional digestiva el residente debe alcanzar a comprender con detalle la fisiología digestiva y supervisar, realizar e interpretar pH-metrias esofágicas, manometrías esofágicas y ano-rectales, técnicas de Bio-feedback, (test funcionales gástricos), estudios de absorción y digestión, test de aliento espirado.

Unidades Especiales de Hospitalización (Unidad de Sangrantes, Unidad de Trasplantes, Unidad de Inflammatoria Intestinal, UCI Digestiva o similares): En este aprendizaje ha de emplearse un período mínimo de cuatro meses, como parte de la formación específica digestiva, con los objetivos que se señalan a continuación:

- a) Adquirir experiencia en la supervisión y tratamiento de los pacientes críticos médicos y quirúrgicos (nivel 2).
- b) Comprender el papel de cada uno de los miembros de un equipo multidisciplinario e interactuar adecuadamente con ellos para optimizar el cuidado del paciente (nivel 1).
- c) Incrementar sus conocimientos y experiencia en el cuidado de los pacientes críticos y en el manejo de los problemas que más frecuentemente afectan a varios órganos (nivel 2).
- d) Conseguir experiencia en el tratamiento de los pacientes postoperados, incluido el soporte nutricional artificial y el manejo del dolor post-operatorio (nivel 2).
- e) Desarrollar conocimientos profundos en el tratamiento de los pacientes con una insuficiencia hepática, particularmente en el fallo hepático agudo (nivel 2).
- f) Lograr experiencia en el manejo de los distintos procedimientos de Nutrición Artificial: Nutrición Parenteral, Nutrición Enteral, tipos de vías de acceso venoso, tipos acceso enteral (incluye Gastrostomías percutáneas) tipos de sondas enterales, modos de nutrición artificial y sus bases fisiológicas, ventajas, inconvenientes, indicaciones y contraindicaciones. (nivel 1). Ser capaz de identificar, tratar y prevenir las complicaciones de la Nutrición Artificial. (nivel 1).

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

g) Desarrollar conocimientos, habilidades y experiencia en el abordaje de las emergencias digestivas, particularmente en relación con la Hemorragia Digestiva, Pancreatitis aguda y Enfermedad Inflamatoria Intestinal grave (nivel 1).

h) Ser capaz de comunicarse de forma efectiva, apropiada y frecuente con los familiares del paciente, aprendiendo a proporcionar noticias y pronósticos adversos, y a explicar la inutilidad de ciertos tratamientos (nivel 1).

i) Participar activamente en los debates éticos en relación con los pacientes críticos (niveles 2 y 3)
Adquirir conocimientos y habilidades en hemodinámica hepática.

Actividades Asistenciales:

a) Ecografía abdominal: 200.

b) Técnicas manométricas digestivas, pHmetría e impedanciometría: 15.

c) Técnicas de rehabilitación del suelo pélvico: 10.

d) Esofagoscopia, gastroscopia, enteroscopia, colonoscopia y rectoscopia: 400 (al menos 150 gastroscopias y 150 colonoscopias).

e) Técnicas endoscópicas hemostáticas primarias y secundarias: 50.

f) Tratamientos endoscópicos de los tumores digestivos y de las lesiones premalignas: 50.

g) Tratamiento intraluminal de los procesos proctológicos: 20

h) Cápsuloendoscopia: 20.

i) Dilatación de estenosis intraluminales: 20.

j) Participación como ayudante en la realización de ecoendoscopia diagnóstica y terapéutica: 20.

k) Punción biopsia y punción con aguja fina de órganos digestivos bajo control por imagen: 20.

l) Participación como ayudante en colangiopancreatografía retrograda endoscópica: 100.

m) Participación como ayudante en papilotomía endoscópica, extracción de cálculos, dilataciones y colocación de prótesis biliar: 25.

n) Participación como ayudante en la colocación de prótesis endodigestivas: 15.

o) Gastrostomía endoscópica: 10.

p) Participación como ayudante en drenajes de colecciones abdominales guiadas por técnicas de imagen 20.

q) Guardias de presencia física: Con carácter general las guardias tienen carácter formativo aconsejándose realizar entre cuatro y seis mensuales.

Actividades de investigación y docencia

a) Asistir a las sesiones clínicas generales del hospital, participando con presentaciones en alguna ocasión.

b) Presentación de sesiones en el Servicio de Aparato Digestivo, además de asistencia activa al resto de sesiones.

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	<p align="center">GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</p>	<p align="center"><i>Anexo 7.</i></p>
<p>VERSIÓN 2.0</p>		<p>FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)</p>

- c) Asistir a las actividades formativas programadas por la Comisión de Docencia de acuerdo con el Tutor; que deben incluir una formación en metodología de la investigación y materias auxiliares. Estas actividades deben incluir asistencia a Cursos de Formación externos, auspiciados por otros Centros o por las Sociedades Científicas. Se valorará la necesidad de rotaciones externas en áreas específicas.
- d) Continuar el programa de Tercer Ciclo y Doctorado.
- e) Contribuir con presentaciones a reuniones científicas locales y nacionales, y valorar la asistencia a alguna reunión internacional.
- f) Participar en la elaboración de trabajos científicos, lo que debe seguirse de publicaciones.
- g) Continuar su actividad en las líneas de investigación del centro.

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	<i>Anexo 7.</i>
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA BÁSICA

- La rotación por éste Servicio tendrá una duración de 6 meses.
- La endoscopia digestiva supuso el inicio de nuestra especialidad como tal, siendo por ello una de las labores esenciales del especialista en Aparato Digestivo.
- La rotación supone una primera aproximación a la endoscopia digestiva, con estudio específico de sus fundamentos.

→ **OBJETIVOS**

- **Realización de endoscopia digestiva alta diagnóstica con biopsias sencillas.**
- **Aprendizaje de la técnica de la rectosigmoidoscopia con biopsias. Inicio en la técnica de colonoscopia.**
- **Aprendizaje del funcionamiento, cuidados e higiene básica de los endoscopios, manejo de las diferentes lavadoras disponibles. Lavado a mano. Cuidados especiales en pacientes con enfermedades infecto-contagiosas.**
- **Conocimientos acerca de las indicaciones de endoscopia digestiva alta y baja Urgentes. Conocimiento preciso de las contraindicaciones a la misma. Adquisición del algoritmo diagnóstico del paciente con hemorragia digestiva alta.**
- **Manejo clínico de las complicaciones elementales de la endoscopia digestiva (Síncope vasovagal, perforaciones, parada cardiorrespiratoria). Manejo y revisión del carro de parada de la Sección.**
- **Interpretación de imágenes endoscópicas elementales. Diferenciación de patología benigna y maligna.**
- **Toma de biopsias en endoscopia digestiva. Técnica, número, localizaciones y normas básicas de seguridad.**
- **El residente se familiarizará y actuará como ayudante en procedimientos endoscópicos complejos terapéuticos.**
- **Profilaxis de endocarditis bacteriana. Manejo del paciente en tratamiento antiagregante y anticoagulante.**

PROGRAMA CONCRETO DE TRABAJO

1. El residente se incluirá en el horario de trabajo diario de una de las salas de endoscopia, normalmente a la sala de endoscopia alta, o a alguna de las de colonoscopias cuando en esta se realicen procedimientos convencionales. Se integrará en el equipo de trabajo realizando procedimientos endoscópicos desde un nivel básico, normalmente sin trascender los objetivos propuestos, aunque individualmente y a criterio del adjunto supervisor podrá asumir otras tareas. En esta rotación la supervisión será directa, no iniciando ningún procedimiento sin la presencia en la misma sala del adjunto de referencia.
2. Establecerá una relación fluida con el personal de enfermería, con el que deberá aprender el adecuado cuidado, procesado y almacenamiento de los endoscopios. Asimismo deberá conocer la ubicación del utillaje endoscópico, medicación y otro material fungible en nuestra Unidad. Esta labor la realizará siempre y cuando no haya procedimientos endoscópicos activos en la Unidad.
3. El residente podrá elaborar informes de endoscopias, preferentemente con supervisión fehaciente (firmada) por parte del adjunto.
4. El final de la mañana, normalmente con escasa actividad endoscópica, estará dedicado especialmente al estudio y participación en protocolos de investigación.

HORA	TAREA
8.15-8.30	Estudio de citación en la Unidad y reparto del trabajo con otros residentes que roten en la Unidad
8.30-9.15	Sesión clínica/Actividades de formación para residentes.
9.15-11.00	Endoscopia
11.00-11.30	Desayuno-café
11.30-14.00	Endoscopia
14.00-15.00	Estudio/Participación en la resolución de interconsultas hospitalarias/Investigación.

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

→ **BIBLIOGRAFÍA:**

- Cotton P, Williams CB. Practical Gastrointestinal Endoscopy. The Fundamentals. 2007
- Gastrointestinal Endoscopy (Especialmente trabajos de revisión, disponible en la Web del Hospital)
- Endoscopy. Thieme-Connect.
- Wilcox CM. Atlas of Clinical Gastroenterology. 2ª Ed. Saunders 2007.
- Soehendra N Therapeutic Endoscopy. Geroge Thieme Verlag Ed. 2005.
- Vázquez-Iglesias JL. Endoscopia Digestiva Diagnóstica y Terapéutica. Ed. Panamericana. 1ª Ed. 2008.

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR LA UNIDAD DE TRASPLANTE HEPÁTICO (R-3)

- La rotación por éste Servicio tendrá una duración de 3 meses.
- El residente debe adquirir durante esta rotación unos conocimientos adecuados en el control y tratamiento del paciente cirrótico que va a ser trasplantado, desde la decisión de incluirlo en lista hasta el cuidado del posttrasplante tardío.
- Esta rotación tendrá lugar en un hospital de Madrid o Valencia con programa de trasplante hepático.
- **OBJETIVOS TEÓRICOS GENERALES.**
 1. Conocimiento de la evolución y complicaciones del post-trasplante inicial.
 2. Conocimiento de la evolución y complicaciones post-trasplante tardías.
 3. Aprendizaje de la evaluación del paciente candidato a trasplante hepático.
 4. Manejo de las complicaciones que presentan los pacientes con hepatopatías agudas o crónicas en evaluación o en lista de espera de trasplante hepático.
- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**
 - Período post-trasplante inicial**
 - Aprender el manejo diagnóstico de los episodios de disfunción del injerto en el período post-trasplante inicial
 - Conocer el manejo de los episodios de rechazo agudo del injerto
 - Aprender el manejo de las complicaciones biliares en el período post-trasplante inicial
 - Aprender el manejo de las complicaciones infecciosas del paciente trasplantado
 - Manejo de las complicaciones extrahepáticas: diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia renal, complicaciones neuropsiquiátricas, entre las más frecuentes.
 - Aprender el manejo de los fármacos inmunosupresores, incluyendo el reconocimiento precoz de los efectos secundarios de los mismos.
 - Indicações, contraindicaciones y complicaciones de las biopsias hepáticas percutáneas en los pacientes trasplantados. El residente deberá realizar, con supervisión directa, biopsias hepáticas en pacientes con disfunción del injerto.
 - Conceptos básicos de la inmunología del trasplante
 - Período post-trasplante tardío**
 - Conocimiento de la evolución y complicaciones en consultas externas del paciente trasplantado.
 - Conocimiento de las complicaciones que pueden precisar reingreso

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

- Manejo de la hepatitis vírica aguda y crónica, en particular las causadas por los virus de la hepatitis B y C, en los pacientes trasplantados.
- Inmunosupresión a largo plazo

Evaluación pre-trasplante

- Proceso de evaluación pre-trasplante. El residente debe haber participado en la evaluación, presentación y discusión en el comité de trasplante de candidatos potenciales a trasplante hepático
- Indicación de trasplante urgente en los pacientes con Insuficiencia hepática aguda grave

Manejo de las complicaciones en los pacientes en evaluación o en lista de espera activa de trasplante hepático

- Manejo de las complicaciones de los pacientes en evaluación o en lista de espera de trasplante hepático: ascitis refractaria e hidrotórax hepático, síndrome hepatorenal, síndrome hepatopulmonar e hipertensión portopulmonar, hemorragia digestiva por hipertensión portal. Familiarización con los principios e indicaciones del TIPS
- Familiarización con el uso de la radiología intervencionista en el diagnóstico y manejo de la hipertensión portal. El residente debería establecer contactos y presenciar el trabajo en hemodinámica hepática. Si es posible, debería aprender esta técnica.

BIBLIOGRAFÍA:

- Shiff's Diseases of The Liver. Tenth Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia 2007.
- Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 8th Edition. Saunders Elsevier. Philadelphia 2006.
- Zakim-Boyer. Hepatology. Disponible en última edición online para los residentes del Servicio.

Revistas de consulta obligada disponibles en la Web del hospital: Journal of Hepatology, Hepatology, Liver transplantation...

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA AVANZADA-1 (R-3)

- La rotación por Endoscopia Avanzada 1 tendrá una duración de 3 meses durante el tercer año de residencia.
- En esta rotación, el residente se centrará en procedimientos más complejos, como colonoscopia completa con ileoscopia, esclerosis de la hemorragia digestiva no varicosa, ligadura de varices esofágicas, tratamiento de lesiones vasculares con argón-gas, polipectomía endoscópica, duodenoscopia, participación en la inserción endoscópica de endoprótesis, gastrostomía endoscópica percutánea y otros procedimientos con carácter invasivo o terapéutico.
- Asimismo, se formará, al menos en sus nociones básicas, en estudios de motilidad digestiva, esencialmente manometría esofágica y anorrectal.

→ **OBJETIVOS**

- **Incluye los objetivos del nivel básico**
- **Realización de endoscopia digestiva alta y baja con toma de biopsias independientemente de la localización de las lesiones.**
- **Colonoscopia completa con ileoscopia.**
- **Tratamiento endoscópico completo de la hemorragia digestiva alta no varicosa. Escleroterapia y colocación de clips hemostáticos.**
- **Ligadura de varices esofágicas en pacientes sin hemorragia activa.**
- **Tratamiento con la sonda de argón en sus diversas indicaciones, que será capaz de establecer al final de la rotación.**
- **Polipectomía de colon.**
- **Duodenoscopia. Inicio en la maniobra de rectificación y enfrentamiento de la papila biliar.**
- **Actuación como ayudante en la inserción de prótesis autoexpandibles. Indicaciones, contraindicaciones y conocimiento de los tipos de prótesis y su liberación.**
- **Gastrostomía endoscópica percutánea. Actuación en los dos puestos médicos habituales. Cuidados postgastrostomía y control de complicaciones inmediatas y diferidas.**
- **Sedación consciente del paciente. Manejo de los fármacos habituales, monitorización y control durante la realización de procedimientos endoscópicos.**

- **Dilatación esofágica. Técnica y diversos sistemas de dilatación.**
- **Ecografía endoanal. Interpretación básica de las anomalías esfinterianas y patología periesfiteriana básica.**
- **Al final de la rotación, el residente habrá completado, como mínimo, los requisitos indispensables recogidos en la siguiente tabla a lo largo de su período formativo hasta este momento.**

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

INTRODUCCIÓN AL CUARTO AÑO DE RESIDENCIA

El último año comienza está básicamente centrado en un trabajo directo y continuo en la Unidad de Endoscopias y en consultas externas, los dos pivotes básicos en los que la mayoría de los gastroenterólogos del mundo desarrollan su actividad laboral.

Podrá encargarse de una consulta con menor carga asistencial que las habituales de los adjuntos, pasando el resto del tiempo en la unidad de endoscopias completando posibles deficiencias y entrando en contacto con procedimientos endoscópicos avanzados. Entre ellos estará la CPRE, en la que deberá iniciar las exploraciones, realizar la duodenoscopia y enfrentar la papila biliar en la mayoría de pacientes, y, dependiendo de su habilidad, podrá intentar la cateterización biliar. También podrá formarse en los rudimentos de la ecoendoscopia, al menos en lo que se refiere a interpretación de imágenes básicas de la técnica, sin que sea un objetivo que realice terapéutica. Conviene no perder nunca la perspectiva en endoscopias de que seguimos trabajando con pacientes, y que lo más importante es revisar bien indicaciones, informar adecuadamente a paciente y familiares, la toma de decisiones razonables durante el procedimiento, controlar la sedación y recuperación del paciente y pauta del tratamiento posterior en planta.

Durante ésta última fase, de acuerdo con el tutor, con el jefe de unidad y en función de sus expectativas futuras, podrá centrarse en la adquisición de determinadas habilidades, en detrimento de otras y siempre según la disponibilidad y necesidades de la unidad.

Como en todos los periodos formativos precedentes, el residente se integrará en las líneas de investigación abiertas, con adquisición progresiva de habilidades de investigación que completará con cursos específicos que se imparten periódicamente en el hospital y que pueden ayudarle a tener al final del periodo de residencia una autonomía investigadora suficiente.

En todo caso, especialmente en los últimos 3 meses, se exigirá al residente un desempeño de sus tareas similar a un adjunto medio. También deberá preparar con la mayor intensidad posible el examen final para acceder a la calificación de "excelente o destacado", acreditada por el Ministerio de Sanidad.

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	<p>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</p>	<p><i>Anexo 7.</i></p>
<p>VERSIÓN 2.0</p>		<p>FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)</p>

OBJETIVOS GENERALES DEL CUARTO AÑO DE RESIDENCIA

Objetivos específicos

Los objetivos de este cuarto año son similares a los del tercero, pero con un nivel de responsabilidad mayor.

Técnicas instrumentales. Debe profundizarse en el conocimiento de técnicas endoscópicas como la CPRE, Eco-endoscopia, y la Enteroscopia (nivel 2) y en el uso de las distintas terapias endoscópicas (colocación de prótesis, aplicación de técnicas hemostasiantes, punciones, polipectomias, mucosectomías, etc.) con nivel 2.

Sala de hospitalización. Como objetivos de la rotación por la sala de hospitalización digestiva el residente debe:

a) Profundizar en los conocimientos y habilidades previstos en los apartados 8 y 9 de este programa.

b) Tener la máxima responsabilidad en el manejo de los pacientes digestivos de todos los niveles de complejidad, incluyendo los aspectos más específicos del manejo del paciente hepático como las indicaciones y el cuidado del trasplante hepático, el estudio del paciente con hipertensión portal y síndrome hepatopulmonar, el paciente sangrante, o con enfermedad inflamatoria intestinal compleja, el tratamiento con inmunosupresores o terapia biológica, el manejo de pacientes con patología biliopancreática grave, la quimioterapia del cáncer digestivo (nivel 1).

Consulta externa hospitalaria: En este último año de formación el residente ha de tener responsabilidad directa (nivel 1) sobre enfermos ambulatorios (recomendándose una periodicidad semanal) y con los siguientes objetivos:

a) Familiarizarse con los problemas digestivos del ámbito extrahospitalario, especialmente en los enfermos mayores y la transición desde la Pediatría.

b) Aprender como estudiar y diagnosticar a los pacientes con problemas digestivos en el ambulatorio o en la consulta extrahospitalaria.

c) Comprender con profundidad la historia natural de las enfermedades digestivas.

d) Obtener experiencia en el cuidado continuado de los pacientes con problemas crónicos.

e) Capacitarse para colaborar en los programas de rehabilitación, educación sanitaria y prevención de las enfermedades digestivas, con especial referencia al ámbito de la geriatría.

f) Adquirir experiencia en la práctica digestiva ambulatoria.

g) Desarrollar habilidades como especialista en la comunicación con otros profesionales sanitarios, para poder proporcionar un cuidado completo a todos los pacientes.

h) Comprender el papel de los distintos miembros del equipo multidisciplinario de salud.

i) Familiarizarse con los problemas administrativos y burocráticos derivados de la aplicación de determinados tratamientos y el control de los mismos.

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

j) Aprender a relacionarse con la hospitalización domiciliaria y el hospital de día digestivo.

Actividades asistenciales

- a) Historias clínicas de pacientes hospitalizados: 100.
- b) Asistencia a pacientes ambulatorios: Primeras consultas: 100 Revisiones: 200.
- c) Informes de alta: 100.
- d) Interpretación de procedimientos para cuantificación de fibrosis en órganos digestivos: 30.
- e) Interpretación del significado de los marcadores virales hepáticos: 200.
- f) Interpretación de técnicas de evaluación de la calidad de vida en enfermedades digestivas.
- g) Guardias de presencia física: Con carácter general las guardias tienen carácter formativo aconsejándose realizar entre cuatro y seis mensuales.

Actividades Científicas

- a) Asistir a las sesiones clínicas generales del hospital, participando con presentaciones en alguna ocasión.
- b) Presentación de sesiones en el Servicio de Aparato Digestivo, además de asistencia activa al resto de Sesiones.
- c) Asistir a las actividades formativas programadas por la Comisión de Docencia de acuerdo con el Tutor; que deben incluir una formación en metodología de la investigación y materias auxiliares. Estas actividades deben incluir asistencia a Cursos de Formación externos, auspiciados por otros Centros o por las Sociedades Científicas. Se valorará la necesidad de rotaciones externas en áreas específicas. Si es posible, se valorará una rotación internacional.
- d) Continuar y si es posible concluir con el programa de Tercer Ciclo y Doctorado.
- e) Contribuir con presentaciones a reuniones científicas locales, nacionales y si es posible internacionales.
- f) Participar en la elaboración de trabajos científicos, lo que debe seguirse de publicaciones.
- g) Continuar su actividad en las líneas de investigación del centro.

**OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA
AVANZADA-2 (R-4)**

- La rotación por Endoscopia Avanzada 2 tendrá una duración de 3 meses durante el tercer y cuarto año de residencia.
- En esta rotación, el residente se centrará en procedimientos más complejos, como colonoscopia con terapéutica, esclerosis de la hemorragia digestiva activa, ligadura de varices esofágicas con hemorragia activa, tratamientos argón-gas, duodenoscopia, participación en la inserción endoscópica de endoprótesis, gastrostomía endoscópica percutánea y otros procedimientos con carácter invasivo o terapéutico.

- La residente iniciará una aproximación básica a la ecoendoscopia. Para ello asistirá a estos procedimientos tratando de comprender al menos los procedimientos diagnósticos.
- En esta fase podrá realizar de forma autónoma estudios de motilidad digestiva, especialmente manometría esofágica, y deberá desarrollar autonomía completa en la anorrectal.

→ **OBJETIVOS**

- **Incluye los objetivos del nivel básico y avanzado 1, con especial atención a los procedimientos que se siguen.**
- **Tratamiento endoscópico completo de la hemorragia digestiva alta no varicosa activa. Manejo independiente y diferenciado de los diferentes métodos de hemostasia.**
- **Ligadura de varices esofágicas en pacientes con hemorragia activa.**
- **Polipectomía gástrica.**
- **Duodenoscopia. Inicio en la maniobra de rectificación y enfrentamiento de la papila biliar. Puede iniciar la canulación de la vía biliar.**
- **Actuación como ayudante y primer endoscopista en la inserción de prótesis autoexpandibles. Manejo independiente de las posibles complicaciones.**
- **Gastrostomía endoscópica percutánea. Actuación en los dos puestos médicos habituales. Cuidados postgastrostomía y control de complicaciones inmediatas y diferidas.**
- **Sedación consciente. Manejo de los fármacos habituales, monitorización y control durante la realización de procedimientos endoscópicos. Autonomía para el desarrollo de la sedación y el procedimiento concreto al mismo tiempo.**
- **Dilatación esofágica. Técnica y diversos sistemas de dilatación.**
- **Manometría esofágica: Desarrollo de la técnica con completa autonomía.**
- **Manometría anorrectal: Desarrollo de la técnica con completa autonomía.**
- **Otras técnicas funcionales: El residente tendrá conocimientos de indicaciones y desarrollo de otras técnicas, aunque éstas no se den en nuestra Unidad actualmente:**

- **Gastroparesia.**
Etiología, criterios diagnósticos y tratamiento farmacológico.
- **Incontinencia fecal.**
 - **Causas y valoración objetiva.**
 - **Indicaciones, pautas de realización y efectividad del biofeedback.**
 - **Otras alternativas terapéuticas.**
- **PHmetría esofágica.**
 - **Detección de reflujo ácido anormal.**
 - **Papel en el reflujo alcalino.**
 - **Importancia de los registros de pH a múltiple nivel.**
 - **Los índices sintomáticos.**
- **Manometría antroduodenal.**
Utilidad clínica real.
- **Quimismo gástrico.**
Utilidad clínica real.
- **Determinación de gastrinemia y prueba de la secretina.**
- **Prueba del hidrógeno espirado.**
- **Estudio del tiempo de tránsito colónico.**
- **Manometría bilio-pancreática.**
Utilidad clínica y riesgos.
- **Sondaje duodenal.**
- **Videorradiografía.**
Estudio de la deglución en la disfagia orofaríngea.
Estudio de la defecación en el estreñimiento crónico y en la incontinencia fecal.
- **Gammagrafía dinámica.**
Estudio del tránsito esofágico.
Estudio del vaciamiento gástrico.
Estudio de la dinámica vesicular.
Estudio del tránsito intestinal.
Estudio de la defecación.

- **Ecografía endoscópica: Identificación de estructuras de forma autónoma, así como de las lesiones más relevantes. Estudios de extensión de neoplasias.**

PROGRAMA CONCRETO DE TRABAJO

1. El residente se incluirá en el horario de trabajo diario de una de las salas de endoscopia. Se integrará en el equipo de trabajo tratando de abarcar todos los procedimientos incluidos en sus objetivos de cada mañana, cuyo orden pactará previamente con los adjuntos de referencia. Individualmente y a criterio del adjunto supervisor y en función del desarrollo de su formación, podrá asumir otras tareas, tanto en endoscopia básica como en endoscopia más avanzada. El residente podrá iniciar procedimientos diagnósticos sin la presencia directa del adjunto que, no obstante deberá estar en la Unidad y al tanto de la exploración que se está realizando y sus características.
2. El residente podrá elaborar informes de endoscopias, siempre y cuando en los mismos se identifique con claridad la supervisión de su adjunto de referencia, que en cualquier caso aparecerá primero y como responsable esencial de la exploración.
3. El residente tendrá aproximadamente el siguiente horario:

HORA	TAREA
8.15-8.30	Estudio de citación en la Unidad y reparto del trabajo con otros residentes que roten en la Unidad
8.30-9.15	Sesión clínica/Actividades de formación para residentes.
9.15-11.00	CPRE/Prótesis/Manometría
11.00-11.30	Desayuno-café
11.30-14.00	Gastroscofia/colonoscopia terapéutica.
14.00-15.00	Estudio/Participación en la resolución de interconsultas hospitalarias/Investigación.

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	<p align="center">GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</p>	<p align="center"><i>Anexo 7.</i></p>
<p>VERSIÓN 2.0</p>		<p>FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)</p>

→ **BIBLIOGRAFÍA:**

- Cotton P, Williams CB. Practical Gastrointestinal Endoscopy. The Fundamentals. 2007
- Gastrointestinal Endoscopy (Especialmente trabajos de revisión, disponible en la Web del Hospital)
- Endoscopy. Thieme-Connect.
- Wilcox CM. Atlas of Clinical Gastroenterology. 2ª Ed. Saunders 2007.
- Soehendra N Therapeutic Endoscopy. Geroge Thieme Verlag Ed. 2005.
- Vázquez-Iglesias JL. Endoscopia Digestiva Diagnóstica y Terapéutica. Ed. Panamericana. 1ª Ed. 2008.

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR LA CONSULTA DE APARATO DIGESTIVO (R-4)

- La rotación por éste Servicio tendrá una duración de 6 meses.
- El residente debe adquirir durante esta rotación una perfecta independencia en el manejo del paciente en la consulta general de Aparato Digestivo, con capacidad de decisión sobre que pacientes tienen patología grave y cuáles leve. Elaborará la historia clínica de la consulta y podrá consultar cualquier paciente con su adjunto de referencia. Esta rotación servirá también para profundizar en el manejo con patología crónica compleja, como enfermedades hepáticas, enfermedad inflamatoria intestinal, y protocolos de seguimiento habitual en estas patologías.
- El residente debe presentar en sesión, pacientes controvertidos o susceptibles de discusión. Debe realizar adecuadamente el diagnóstico diferencial de estos pacientes.
- **OBJETIVOS TEÓRICOS.**
 - Manejo de pacientes con enfermedades funcionales del Aparato Digestivo. Síndrome de intestino irritable y dispepsia funcional.
 - Manejo ambulatorio del cirrótico compensado. Programa de cribado del hepatocarcinoma. Protocolo de actuación ante lesiones ocupantes de espacio hepáticas. Seguimiento y consuelo al paciente con cirrosis hepática terminal. Tratamiento del hepatocarcinoma irresecable.
 - Manejo ambulatorio del paciente con complicaciones de la hipertensión portal, profilaxis de sus complicaciones.
 - Consulta de alta resolución, indicaciones y algoritmos.
 - Hipertransaminasemia, estudio general y programa de tratamiento.
 - Patología proctológica: Fisura anal, proctalgiya fugax y otras proctalgiyas. Patología hemorroidal.
 - Dolor abdominal inespecífico. Dolor de la pared abdominal.
 - Tratamiento médico e intervencionista de trastornos de motilidad esofágica.
 - ERGE, protocolos de tratamiento. Seguimiento y tratamiento del esófago de Barrett.
 - Seguimiento del paciente ulceroso, criterios de revisión endoscópica.
 - Protocolo de estudio del paciente con diarrea crónica y malabsorción intestinal. Enfermedad celíaca.

- Dolor abdominal inespecífico. Dolor de la pared abdominal. Dolor torácico no coronario.
- ***Enfermedad Inflamatoria intestinal.***
- Seguimiento ambulatorio. Criterios de ingreso hospitalario.
- Uso racional y escalonado del arsenal terapéutico. Protocolo de manejo de inmunosupresores y tratamientos biológicos. Criterios quirúrgicos.
- Diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal. Síntomas de sospecha y diagnóstico diferencial.

→ **OBJETIVOS PRÁCTICOS.**

- **Historia clínica en la consulta de Aparato Digestivo.**
- **Manejo de la bibliografía relativa a MBE en nuestra especialidad, protocolos y guías de consenso en pacientes ambulatorios**
- **Autonomía en la actuación en la consulta especializada.**

- **Exploración física:**
 - **Nivel R4:**
 - Exploración digestiva completa al máximo nivel, adecuada a los tiempos y procesos de la consulta externa.
- **Tratamientos de pacientes ambulatorios.**
- **Manejo autónomo clínico y burocrático del paciente ambulatorio.**
- **Diagnóstico diferencial, con estudio profundo de los temas de la especialidad que conciernen de forma más precisa al paciente ambulatorio.**
- **Participación y desarrollo de protocolos de investigación con pacientes ambulatorios.**
- **Presentación de pacientes controvertidos en las sesiones clínicas.**
- **Indicaciones de las diversas exploraciones complementarias digestivas y radiológicas para cada caso.**
- **Contribución a la elaboración y actualización de los protocolos clínicos del Servicio especialmente relacionados con la asistencia en planta.**
- **Priorización:**
 - Deberá saber organizarse un día de consulta, con tiempo para estudio detallado de casos difíciles el mismo día.
 - Razonará bien en situaciones ambiguas.

- Capacidad de dedicación de tiempo adecuada a la complejidad del problema.
- Anticipación a potenciales deterioros de la situación clínica de los pacientes, programando ingresos adecuados cuando sean precisos, o instaurando cambios en los tratamientos que permitan obviar los ingresos.
- **Profesión:**
 - **Nivel R4:**
 - Demostrar compromiso y capacidad de persistencia en su desarrollo profesional.

PROGRAMA CONCRETO DE TRABAJO

1. El residente de Digestivo tendrá programada una mañana de consulta, en la que se programará menor carga asistencial de lo que habitualmente tiene un adjunto.
2. El residente verá a los paciente considerados como nuevos, consultando si es preciso cada caso con un adjunto de referencia. Elaborará la historia clínica y solicitará exploraciones complementarias.
3. El residente podrá elaborar informes de alta de la consulta, consultando cada paciente con el adjunto de referencia en caso de duda.
4. El residente tendrá aproximadamente el siguiente horario:

HORA	TAREA
8.15-8.30	Auto elaboración del plan de trabajo.
8.30-9.15	Sesión clínica/Actividades de formación para residentes.
9.15-11.00	Pacientes nuevos.
11.00-11.30	Desayuno-café
11.30-13.00	Resultados y revisiones
13.00-14.00	Elaboración de informes.
14.00-15.00	Estudio en base a casos. Consultas con adjunto de referencia.

El horario será flexible en función de las necesidades formativas del residente. Cuando se cumplan todas las tareas propuestas, el residente podrá bajar a la Unidad de Endoscopias a colaborar en la realización de las técnicas que ya domina o practicar la ecografía abdominal en la planta de digestivo. Las necesidades docentes prevalecerán en cualquier caso sobre otras prioridades asistenciales u organizativas, en las labores del residente.

→ **BIBLIOGRAFÍA:**

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

- Schiff's Diseases of The Liver. Tenth Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia 2007.
- Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 11th Edition. Saunders Elsevier. Philadelphia 2011.
- Zakim-Boyer. Hepatology. Disponible en última edición online para los residentes del Servicio.

Revistas de consulta obligada disponibles en la web del hospital: Gastroenterology, Gut, New England Journal of Medicine (semanal), Journal of Hepatology, Hepatology, The American Journal of Gastroenterology.

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

ROTACIONES EXTERNAS

Por las características de nuestra Unidad, no es obligatoria la rotación en otros hospitales, dado que disponemos de todas las unidades que se incluyen en el programa formativo. No obstante, desde el curso 2010-2011, se favorece y se están llevando rotaciones externas en centros de prestigio tanto nacional como internacional. Se fomentarán especialmente las rotaciones internacionales, entre las que ya existen vínculos, por haber rotado previamente miembros del servicio, con los siguientes hospitales:

- The John Hopkins University Medical Center. Baltimore, Maryland (USA).
- Academic Medical Center (Amsterdam, Países Bajos)
- The University of Chicago Medical Center. Chicago, Illinois (USA).
- Hospital Universitario de Santiago de Compostela.
- Hospital Universitario Gregorio Marañón. (Madrid).

Del residente en rotación externa se espera el contacto con centros de excelencia reconocida internacionalmente, la adquisición de novedades técnicas o científicas que se puedan estar llevando a cabo y la mejora en el conocimiento del idioma inglés.

FORMACIÓN EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

El nuevo programa formativo de 2009 obliga a los residentes a recibir formación en protección radiológica (nivel 1), por las peculiaridades de nuestra especialidad especialmente en relación la endoscopia terapéutica. Se tratará de concertar plazas en los cursos que regularmente imparte la unidad de Radiofísica hospitalaria.

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE GUARDIAS

1.- INTRODUCCIÓN.

Todas las unidades docentes deben tener protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que llevan a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés, según establece el real decreto 183/2008.

Siguiendo las directrices que emanan del programa formativo de la especialidad, se ha definido, de una forma lo más detallada posible, los niveles de responsabilidad y actuación según el año formativo y la capacidad de autonomía de forma progresiva de los facultativos residentes, según lo establecido en el programa formativo de la especialidad de APARATO DIGESTIVO BOE nº 258, 26 de Octubre de 2009.

2.- ESTRUCTURA DE LA GUARDIA.

Los residentes de Aparato Digestivo realizan guardias de presencia física durante los cuatro años que dura su formación, pero existen dos períodos totalmente diferenciados:

- Residentes de primer y segundo año. Realizan guardias troncales médicas en el Servicio de Urgencias, comunes a todos los residentes de especialidades médicas.
- Residentes de tercer y cuarto año. Realizan guardias de la especialidad de digestivo junto a un médico adjunto del Servicio de Aparato Digestivo de presencia física.

.- NIVELES DE RESPONSABILIDAD.

Nivel de responsabilidad	Valoración
1	Intervención autónoma. El residente realiza las actividades sin la supervisión directa del profesional. Las hace y después informa. En todo caso el residente debe poder establecer contacto con el profesional para las aclaraciones o toma de decisiones que puedan surgir.
2	Intervención tutelada. El residente realiza las actividades con la colaboración y supervisión directa del profesional. El residente actúa, pero con ayuda.
3	Observación y ayuda activa. El residente observa las actividades que realizan los profesionales y participa en ellas. El residente adquiere conocimiento teórico.

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

RESIDENTE DE PRIMER AÑO

Ubicación

El residente de primer año del Servicio de Aparato Digestivo está físicamente ubicado en el área médica del Servicio de Urgencias, ya sea en Nivel I (patología médica banal), Nivel II (patología médica grave o inestable) o en la Unidad de observación de urgencias (pacientes estables endientes de evolución para decidir ingreso o alta hospitalaria).

En nuestro servicio el residente de primer año de Aparato Digestivo comenzará sus guardias formativas de Aparato Digestivo siempre bajo supervisión directa de un médico especialista del servicio.

Objetivos del residente de primer año

El objetivo del primer año es el de iniciarse en la práctica asistencial de la patología médica urgente. Los objetivos concretos que debe alcanzar son comunes entre los residentes de primer y segundo año, ya que las guardias son de Medicina General.

Responsabilidad y grado de supervisión durante el primer año

La supervisión es realizada habitualmente por los médicos adjuntos del Servicio de Urgencias. El residente debe estar supervisado físicamente y bajo ningún concepto puede firmar solo documentos importantes u oficiales como altas, ingresos o partes de lesiones. El nivel de responsabilidad en las actuaciones más habituales queda recogido en la tabla 1.

RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO

Ubicación

La ubicación es la misma que para residente de primer año, o sea, en las diferentes áreas de Urgencias. En nuestra Unidad, tanto los residentes de primer y segundo año hacen guardias de presencia física de Aparato Digestivo. En las guardias de Aparato Digestivo el residente tendrá una supervisión global de su actividad mientras haya en especialista en el hospital, pasando posteriormente esta responsabilidad de supervisión a uno de los diferentes internistas que sí están de guardia 24 horas en el hospital.

Objetivos del residente de segundo año

El objetivo del segundo año es profundizar en la práctica asistencial de los pacientes con patología médica. Al final de este período, el residente del Servicio de Aparato Digestivo ha de estar plenamente capacitado para realizar las siguientes actividades:

- Confeccionar la historia clínica y realizar la exploración física de los pacientes con cualquier patología médica.

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

- Indicar e interpretar los resultados de las analíticas urgentes, de los electrocardiogramas y de las radiografías de tórax y abdomen.
- Orientar, realizar el diagnóstico diferencial y manejar los síndromes básicos habituales en el área médica:
 - Síndrome febril.
 - Disnea.
 - Shock.
 - Dolor torácico.
 - Insuficiencia renal.
 - Anemia.
 - Síndrome confusional.
- Realizar el tratamiento específico de patologías médicas de alta prevalencia como:
 - Insuficiencia cardiaca. Mención especial merece la utilización de drogas vasoactivas como la dopamina y la dobutamina.
 - Insuficiencia respiratoria y criterios de intubación.
 - Arritmias cardiacas.
 - Crisis comiciales.
 - Alteraciones hidroelectrolíticas.
- Utilización de los antibióticos más habituales, conociendo su espectro de acción y la elección del mejor fármaco ante la sospecha clínica de una focalidad infecciosa determinada.
- Iniciar una pauta de insulización y modificarla según las necesidades del paciente.

Responsabilidad y grado de supervisión durante de segundo año

Durante este período la responsabilidad del residente en el manejo del paciente se va incrementando y aunque la supervisión sigue siendo importante, la autonomía del residente aumenta siempre dependiendo de las actuaciones que realiza y a criterio de los médicos especialistas.

El nivel de responsabilidad en las actuaciones más habituales, queda recogido en la tabla 1.

RESIDENTE DE TERCER AÑO

Ubicación

Durante el tercer año de residencia, el residente del Servicio de Aparato Digestivo inicia las guardias de especialidad, que realiza conjuntamente con un médico adjunto del servicio de presencia física hasta las 20 horas. El residente no está ubicado en un lugar concreto, sino que va desplazándose según lo requieran los pacientes.

Funciones del residente de tercer año

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

Las funciones son comunes a la del residente de cuarto año (ver funciones del residente de cuarto año).

Objetivos del residente de tercer año

El objetivo de este año es iniciarse en el manejo de la patología urgente de la especialidad, así como en la realización de la endoscopia digestiva urgente.

Los objetivos son comunes con los del residente de cuarto año ya que en ambos períodos se realizan las guardias de la especialidad (ver objetivos del residente de cuarto año).

Responsabilidad y grado de supervisión del residente de tercer año

Durante este período el grado de supervisión es intenso, ya que el residente inicia el contacto con la patología urgente de la especialidad. En la mayoría de las actividades y, sobre todo, en lo que a procedimientos endoscópicos se refiere, el residente precisa la tutorización directa del médico adjunto. El nivel de responsabilidad en las actuaciones más habituales de los residentes de tercer y cuarto año queda recogido en la tabla 2.

RESIDENTE DE CUARTO AÑO

Ubicación

El residente de cuarto año tiene total libertad para desplazarse por el Hospital según donde estén ubicados los pacientes a controlar, de manera similar al residente de tercer año.

Actividades del residente de cuarto año

En resumen, las actividades del residente de cuarto año de la especialidad de Aparato Digestivo son las siguientes:

- Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias por patología relacionada con la especialidad:
 - Revisar y completar la historia clínica y exploración física de los pacientes que han sido atendidos en primera instancia por los residentes de urgencias.
 - Realizar el diagnóstico diferencial y establecer la orientación diagnóstica de la patología del paciente.
 - Valorar si es preciso solicitar alguna exploración complementaria y planificar el tratamiento del paciente, habitualmente bajo la supervisión del médico especialista de guardia.
 - Decidir junto con el especialista de guardia del Servicio de Aparato Digestivo, el destino final del paciente,
- Pacientes ingresados en el Hospital:
 - Responder en primera instancia a las llamadas que se generan desde las plantas del Hospital, tanto para los pacientes ingresados en el Servicio de Digestivo como para los hospitalizados en otros servicios y que presenten problemas relacionados con la especialidad.

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

-Realizar a estos pacientes las mismas actuaciones comentadas para los pacientes del Servicio de Urgencias.

- Endoscopia urgente. Los residentes de tercer y cuarto año de la especialidad deben colaborar en la preparación y realización de la endoscopia urgente. Por tanto deben poder: -Preparar el utillaje necesario para la realización de la exploración según la indicación: paciente sangrante, extracción de cuerpo extraño.

-Revisar el correcto funcionamiento del aparato y sus accesorios.

-Realizar la endoscopia diagnóstica bajo la supervisión directa del especialista de guardia y siempre que éste lo considere pertinente.

-Realizar la terapéutica endoscópica bajo la supervisión directa del médico especialista de guardia y por indicación expresa del mismo.

Objetivos del residente de cuarto año

Al final de este período el residente de cuarto año de la especialidad debe estar plenamente capacitado para:

- Realizar correctamente la historia clínica y la exploración física de cualquier paciente con patología relacionada con la especialidad, plantear el diagnóstico diferencial, indicar las exploraciones complementarias en los casos que se precisen y pautar el tratamiento más adecuado.
- Disfagia aguda e ingesta de cuerpos extraños.
- Indicación y realización de la endoscopia digestiva alta urgente.
- Indicación y realización de la endoscopia digestiva baja urgente tanto diagnóstica como terapéutica.

Responsabilidad y grado de supervisión del residente durante el cuarto año

El grado de implicación del residente en el manejo de los pacientes y la autonomía en la realización de las endoscopias urgentes son progresivos y generalmente dependen del año de residencia, pero también de las características propias de cada residente. Se intenta potenciar la autonomía del residente pero también su sentido de responsabilidad hacia el paciente, comentando dudas y buscando la colaboración del médico adjunto siempre que lo considere necesario.

9.- NIVELES DE RESPONSABILIDAD POR AÑO DE RESIDENCIA.

HABILIDADES	R1	R2	R3	R4
Historia clínica	1	1	1	1
Exploración física	1	1	1	1
Diagnóstico diferencial	1	1	1	1
Indicar exploraciones complementarias básicas (Analítica; Rx simple, gasometría...)	1	1	1	1
Indicar exploraciones complementarias complejas (ECO, TAC, arteriografía, RMN...)	2	1	1	1
Paracentesis diagnóstica	2	1	1	1
Vías centrales	3	2	2	2
Suturas sencillas	2	1	1	1
Planificar tratamiento	2	1	1	1
Informar a familiares	2	1	1	1
Decidir destino del paciente	2	1	1	1
Informe de alta o ingreso	2	2	1	1
Endoscopia diagnóstica	3	3	1	1
Endoscopia terapéutica urgente	3	3	2	2

	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

SESIONES CLÍNICAS

Tenemos una sesión clínica en la que se discuten pacientes hospitalizados o de consulta, esencialmente los lunes o viernes. Normalmente, de martes y jueves se presenta una sesión monográfica, bibliográfica, de caso ciego o de protocolo. Una vez al mes contamos con sesiones radiológicas, de morbimortalidad y anatomoclínicas, que preferentemente serán los jueves. Algunos miembros del Servicio con alguno de los R4 subirán cada viernes a la sesión de comité de tumores digestivos, en las que se discuten casos con radiólogos, cirujanos, oncólogos, especialistas en medicina nuclear etc.

Participamos de las sesiones generales hospitalarias, de asistencia obligada para residentes, que tienen periodicidad quincenal o mensual.

El servicio participa también en sesiones conjuntas de trasplante hepático y del comité de tumores digestivos.

INVESTIGACIÓN

El servicio mantiene actualmente cuatro líneas fundamentales de investigación reconocidas:

- Enfermedad Inflamatoria intestinal, estudio genético e inmunológico.
- Pancreatitis aguda de etiología indeterminada. Estudio de técnicas diagnósticas y algoritmo de manejo.
- Polimorfismos genéticos en la pancreatitis aguda. Influencia en su etiología y gravedad.
- Sedación en ultrasonografía endoscópica.

El servicio publica una media de 12 trabajos originales/año en revista internacionales y más de 20 comunicaciones a congresos de diversa difusión.

Cada residente tendrá la oportunidad de participar en actividades de investigación de servicio. Si está especialmente motivado podrá incluirse en una línea de investigación para elaborar su tesis doctoral. Al final de la residencia deberá haber publicado al menos dos artículos como primer firmante en una revista y no menos de siete comunicaciones a congresos.

EVALUACIÓN

La evaluación del residente es un proceso complejo y constante. No obstante, existe la obligación de cumplimentar una ficha de evaluación tras cada rotación, así como una ficha general de cada año de residencia. El residente deberá realizar encuestas de satisfacción en las que evaluará la formación recibida.

Actualmente, tanto las evaluaciones, como las encuestas de satisfacción, como las entrevistas estructuradas tutor residente, así como toda la actividad formativa del residente deben quedar reflejadas en el portal que a tal efecto ha puesto en marcha la administración autonómica, y que podéis encontrar en:

www.portaleir.es

A continuación adjuntamos copia de las fichas tipo.



**GUIA O ITINERARIO FORMATIVO
DE RESIDENTES**

Anexo 7.

VERSIÓN 2.0

FECHA ELABORACIÓN: ENERO
2011 (DE ESTA EDICIÓN)

**MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO**

FICHA 1

1.1.1 EVALUACION DE ROTACION

APELLIDOS Y NOMBRE

NACIONALIDAD DNI/PASAPORTE

CENTRO **SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA. ESPAÑA.**

TITULACION: **MEDICINA** ESPECIALIDAD: **APARATO DIGESTIVO** AÑO RESIDENCIA

TUTOR **EDUARDO REDONDO CEREZO**

2 ROTACION

CONTENIDO	DURACION: DE	A
UNIDAD	CENTRO	
JEFE DE LA UNIDAD ASISTENCIAL		

2.1 EVALUACION CONTINUADA

2.1.1.1.1 A.-CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES	CALIFICACION(1)
NIVEL DE CONOCIMIENTOS TEORICOS ADQUIRIDOS	
NIVEL DE HABILIDADES ADQUIRIDAS	
HABILIDAD EN EL ENFOQUE DIAGNOSTICO	
CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES	
UTILIZACIÓN RACIONAL DE LOS RECURSOS	
MEDIA (A)	

2.1.1.1.2 B.-ACTITUDES	CALIFICACION(1)
MOTIVACION	
DEDICACION	
INICIATIVA	
PUNTUALIDAD/ASISTENCIA	
NIVEL DE RESPONSABILIDAD	
RELACIONES PACIENTE/FAMILIA	
RELACIONES EQUIPO DE TRABAJO	
MEDIA (B)	

2.1.1.2 CALIFICACION EVALUACION CONTINUADA
(70% A + 30% B)

CALIFICACION (1)	CAUSA E. NEG. (3)

CALIFICACION (1)	CAUSA E. NEG. (3)
------------------	-------------------



**GUIA O ITINERARIO FORMATIVO
DE RESIDENTES**

Anexo 7.

VERSIÓN 2.0

FECHA ELABORACIÓN: ENERO
2011 (DE ESTA EDICIÓN)

**CALIFICACION LIBRO DEL ESPECIALISTA EN
FORMACION**

--	--

En _____ a _____ de _____ de _____.

VISTO BUENO: EL JEFE DE LA UNIDAD

EL TUTOR

Fdo.: _____.

Fdo.: _____.

FICHA-2 : EVALUACIÓN ANUAL

MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

HOJA DE EVALUACIÓN ANUAL DEL RESIDENTE- EJERCICIO LECTIVO 200__

APELLIDOS Y NOMBRE		
NACIONALIDAD	DNI/PASAPORTE	
CENTRO SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA		
TITULACION MEDICINA	ESPECIALIDAD APARATO DIGESTIVO	AÑO RESIDENCIA:
TUTOR EDUARDO REDONDO CEREZO		

PERMANENCIA EN EL CENTRO

VACACIONES REGLAMENTARIAS : DE _____ A _____
PERIODOS DE BAJA

ROTACIONES

CONTENIDO	UNIDAD	CENTRO	DURACION	CALIFICACION	CAUSA E. NEG

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

CONTENIDO	TIPO DE ACTIVIDAD	DURACION	CALIFICACION	CAUSA E. NEG



**GUIA O ITINERARIO FORMATIVO
DE RESIDENTES**

Anexo 7.

VERSIÓN 2.0

FECHA ELABORACIÓN: ENERO
2011 (DE ESTA EDICIÓN)

**INFORME JEFES ASISTENCIALES/COORDINADOR UNIDAD DOCENTE/COMITÉ DE
EVALUACIÓN**

CALIFICACION	CAUSA E. NEG

VALORACIÓN LIBRO ESPECIALISTA EN FORMACIÓN

CALIFICACION	CAUSA E. NEG

3

CALIFICACIÓN EVALUACIÓN ANUAL	<input type="text"/>
CAUSA DE EVALUACIÓN NEGATIVA	<input type="text"/>

En Cuenca a _____ de _____ de 2008

EL TUTOR DE RESIDENTES DE APARATO DIGESTIVO

Fdo.:

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE LA PRESENTE EDICIÓN)

ENTREVISTA ESTRUCTURADA TUTOR- RESIDENTE

Apellidos y nombre del residente:

Especialidad:

Año de formación:

Fecha de la entrevista:

Tutor:

1.- ROTACIONES.

¿Conoce el residente cuales son los conocimientos básicos, las habilidades que debe adquirir durante la rotación?:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
OBJETIVOS CONSEGUIDOS: Detallar la relación de conocimientos y habilidades más útiles o novedosos que hayas aprendido durante la rotación:	
OBJETIVOS QUE FALTAN POR CONSEGUIR:	
CRITERIOS MÍNIMOS QUE FALTAN PARA APROBAR LA ROTACIÓN	
¿Qué crees que se puede hacer para adquirir los conocimientos y habilidades que faltan?	

2.- SESIONES PRESENTADAS

Sesiones clínicas	
Sesiones bibliográficas: lectura crítica de un artículo científico.	
Seminarios: Exposición de un tema.	

3.- OTRAS ACTIVIDADES

Comunicaciones/ Póster	
Artículos	
Asistencia a Congresos o cursos	

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

--	--

4.- APORTACIONES A LA GESTIÓN DEL SERVICIO.

Protocolos realizados/revisados	
Otros: participación en planning de guardias...	

5.- REVISIÓN DEL LIBRO DEL RESIDENTE:

Valoración conjunta con el tutor del libro del residente: actividad asistencial...

6.- PROBLEMAS E INCIDENCIAS EN EL PERÍODO (en rotaciones, guardias...) y posibles soluciones:

7.- OBSERVACIONES:

Fdo.:
Residente

Fdo.:
Tutor

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

En cada rotación y en cada plan anual de formación se precisará la bibliografía necesaria en cada período. No obstante, existen recursos que el residente no puede obviar en ningún caso para formarse como gastroenterólogo y con los que debe contar a lo largo de toda la residencia, que se detallan en cada rotación pero que aquí queremos destacar:

1 Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver diseases. 11th Ed.

Auténtico libro guía de la especialidad, desde hace años el texto de referencia más completo en gastroenterología, ahora con una importante sección dedicada a la hepatología.

2. www.uptodate.com

Web a la que el SAS está suscrito, auténtica referencia en la práctica clínica de la mayoría de hospitales del todo el mundo. Prácticamente todos los temas de la especialidad actualizados por los máximos expertos en cada materia.

3. Schiff's Diseases of the Liver, 11th Edition

Probablemente el mayor texto del mundo dedicado a la hepatología, claro, ordenado, brillante. Un texto imprescindible, ya un clásico pero cada vez más atractivo.

4. <http://www.bvsspa.es/profesionales/>

Un enorme recurso al servicio de todos los médicos del SAS. La parte dedicada a Aparato Digestivo es mejorable pero muy completa. Recurso indispensable.

5. <http://gastrogranadahuvn.blogspot.com.es/>

Blog docente del Servicio, lleno de recursos, aglutinador de toda nuestra actividad y un elemento esencial para la formación en nuestra especialidad.

6. Canard JM Gastrointestinal Endoscopy in Practise. Elsevier-Churchill Livingstone. Edinburg 2011.

Impresionante texto para acompañar la formación endoscópica general, elaborado con grandes colaboraciones de nuestros amigos del Johns Hopkins Hospital. Disponible para miembros del Servicio.

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	Anexo 7.
VERSIÓN 2.0		FECHA ELABORACIÓN: ENERO 2011 (DE ESTA EDICIÓN)

PLAN PERSONAL DE FORMACIÓN

El plan personal de formación es un documento en el que la guía docente se adapta a la evolución de cada residente y cada año. En él se recogerán las rotaciones, objetivos de cada una adaptada a cada año de residencia, bibliografía, objetivos de investigación etc....

La evaluación, las entrevistas y toda la actividad formativa del residente se referirán a esta guía, que será el documento estrella al que el residente deberá remitirse en todo lo referente a su formación.



JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE SALUD

GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES

Anexo 7.

VERSIÓN 2.0

FECHA ELABORACIÓN: ENERO
2011 (DE ESTA EDICIÓN)

PLANTILLA RESUMEN PLAN DE ACTIVIDADES ESTÁNDAR DE LOS RESIDENTES DE LA UNIDAD EN EL PERÍODO DE RESIDENCIA

AÑO DE RESIDENCIA	COMPETENCIAS A ADQUIRIR			ESCENARIO DE APRENDIZAJE	RESPONSABLE DOCENTE	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN	NIVEL DE SUPERVISIÓN
	"El residente al final de su periodo de formación será capaz de".						
	CONOCIMIENTO	HABILIDADES	ACTITUDES				



**GUIA O ITINERARIO FORMATIVO
DE RESIDENTES**

Anexo 7.

VERSIÓN 2.0

FECHA ELABORACIÓN: ENERO
2011 (DE ESTA EDICIÓN)

PLAN INDIVIDUALIZADO DE ROTACIONES DE LOS RESIDENTES DE (www.portaleir.es)

Residente promoción

Período	Unidad/servicio/actividad formativa	Objetivos de aprendizaje	de Colaborador docente	Evaluación	Entrevistas tutor-residente
Mayo					
Junio					
Julio					
Agosto					
Septiembre					
Octubre					
Noviembre					
Diciembre					
Enero					
Febrero					
Marzo					
Abril					



**GUIA O ITINERARIO FORMATIVO
DE RESIDENTES**

Anexo 7.

VERSIÓN 2.0

FECHA ELABORACIÓN: ENERO
2011 (DE ESTA EDICIÓN)

PERÍODO DE RECUPERACIÓN

Período	Unidad/servicio/actividad formativa	Objetivos de aprendizaje	Colaborador docente	Evaluación	Entrevistas tutor-residente
Mayo					
Junio					
Julio					
Agosto					

Nombre del tutor/a:

Objetivos de Investigación

Objetivos de formación

Realizar los Módulos del PCCEIR

Otros



JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE SALUD

GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES

Anexo 7.

VERSIÓN 2.0

FECHA ELABORACIÓN: ENERO
2011 (DE ESTA EDICIÓN)