GUÍA FORMATIVA DE RESIDENTES DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO

Unidad Docente de CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

Jefatura de Unidad Docente: Dr. Francisco José García- Molina

Tutor/as: Dra. Estíbaliz Gutiérrez Cafranga

Aprobación Comisión Docencia: 23 marzo de 2022

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD

1. BIENVENIDA

2. INTRODUCCIÓN

3. UNIDAD DOCENTE DE CIRUGÍA GENERAL

3.1. Estructura física y organización funcional
3.2. Organización jerárquica
3.3. Cartera de Servicios
3.4. Estructura de la jefatura de estudios y composición de la Comisión de Docencia
3.5. Colaboradores docentes

4. PROGRAMA FORMATIVO OFICIAL DEL ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO

5. GUÍA O ITINERARIO FORMATIVO DEL RESIDENTE DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO

5.1 Introducción
5.2 Competencias generales a adquirir durante la formación
5.3 Plan de rotaciones
5.4 Competencias específicas por rotación
5.5 Rotaciones Externas recomendadas

6. GUARDIAS: Protocolo de supervisión de la Unidad

7. SESIONES

8. PROGRAMAS DE FORMACIÓN DEL PORTAL EIR

9. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN/ TRABAJOS DE CAMPO

10. EVALUACIÓN

A. SUPERVISIÓN DEL APRENDIZAJE
B. PROCESO DE EVALUACIÓN FORMATIVA DEL RESIDENTE:
-HOJA DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA TUTOR-RESIDENTE
-HOJA SE EVALUACIÓN POR ROTACIÓN
-HOJA DE EVALUACIÓN FINAL
C PROCESO DE EVALUACIÓN DEL TUTOR
D. PROCESO DE EVALUACIÓN DE LA UNIDAD DOCENTE

11. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA ACORDE A CADA ROTACIÓN

12. PLAN INDIVIDUALIZADO DE FORMACIÓN

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD

1.BIENVENIDA

1.1. JEFATURA DE UNIDAD DOCENTE

Los años de formación que pasaréis en este centro formarán parte significativa de vuestra carrera profesional dejando una huella, probablemente, positiva y entrañable.
Aprenderéis los fundamentos teóricos y prácticos de la especialidad, a enfocar y abordar problemas complejos de forma multidisciplinar y, sobre todo, aprenderéis a asumir responsabilidades. Al principio sentiréis la seguridad que supone el arnés de la tutela, pero ese enlace se irá estirando progresivamente hasta romperse el día en que finalicéis vuestro recorrido y obtengáis el título de especialistas. Si no sois conscientes de esa responsabilidad y la asumís con determinación puede condicionar negativamente vuestra futura actitud profesional.
Habrá momentos malos, puede que incluso alguno de vosotros piense que se ha equivocado de elección, que la especialidad o el centro no son lo que esperaba. En cualquier caso aprended a disfrutar de vuestra profesión y para ello os recomiendo que os centréis en cuatro aspectos fundamentales.
El primero se refiere a la satisfacción de ayudar a quien lo necesita. No cabe duda que esta característica de la condición humana adquiere con la medicina una dimensión especial, privilegiada. No sólo nos debe de empujar hacia la excelencia profesional sino a ser mejores personas. En segundo lugar, disfrutad del estudio, del conocimiento de las bases científicas de nuestra especialidad. El estudio requiere esfuerzo y voluntad y vuestra vida profesional futura dependerá de ello. Tercero, experimentad la satisfacción que proporciona la enseñanza. Aunque vuestra situación inicial será de “aprendices”, pronto comprobaréis que nuestra profesión permite compartir los conocimientos con más agilidad que otras, y que cualquiera puede enseñar, sin barreras jerárquicas ni docentes. El aprendizaje requiere humildad y esfuerzo y la enseñanza generosidad. Por último, disfrutad del trabajo manual, parte esencial de la cirugía. Proporciona una satisfacción primordial, íntima y estimulante que puede llegar a ser casi adictiva. Sin embargo, algunos cirujanos se centran en este aspecto y olvidan los anteriores. Creedme, no superarán la mediocridad por muy habilidosos que sean.
Para finalizar, recordad que sois una parte esencial del sistema sanitario. Estáis aquí por mérito propio y no le debéis nada a nadie. Eso sí, de vosotros se espera, esperamos, tres actitudes fundamentales: que os comportéis como lo que sois, titulados superiores, representáis lo más cualificado que hay en nuestro país; que mostréis iniciativa propia y sobre todo, que no escatiméis esfuerzos.

Bienvenidos y buena suerte.

Francisco J. García Molina
Jefe de Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo
Hospital Universitario de Jerez (Área de Gestión sanitaria Norte de Cádiz)

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

1.2 TUTOR/ES

Estimado residente:
Me complace como tutora de Cirugía General y del Aparato Digestivo darte la enhorabuena y la bienvenida a este hospital y, en particular, a la Unidad que has elegido para iniciar tus pasos en el mundo de la cirugía.

Deseo que esta elección haya sido fruto de tu vocación, ya que la cirugía es algo más que una especialidad, es una forma de pensar y de actuar, es una especialidad extensa y compleja, que va a exigir lo mejor de ti.

La cirugía es Ciencia (basada en la evidencia), Oficio (se aprende de los "maestros") y Arte (se basa en la actitud y en la capacidad de interpretarla y expresarla y va desde el razonamiento diagnóstico, el acto quirúrgico y hasta el manejo postoperatorio).

Va a ser una etapa dura, de mucho esfuerzo y dedicación por tu parte, de resultados no siempre satisfactorios y de máxima dedicación al trabajo.

En este período, la mayor parte de tu tiempo transcurrirá en el hospital y en él se dará un alto porcentaje de la relación con otros, por lo que es muy importante el aprender y trabajar para cuidar la comunicación y sentirte bien en las relaciones laborales. Ello es más fácil de conseguir siendo asertivo en el ámbito laboral. Las pautas recomendadas a seguir para ello son las siguientes:

- Orientación activa: Refleja el hábito de meditar bien las metas de trabajo, los pasos que se han de dar para conseguirlas y cómo utilizar al máximo el talento al llevarlas a cabo.
- Capacidad profesional: Poco a poco irás adquiriendo mayor autonomía en el dominio de las materias quirúrgicas para el desarrollo de la profesión de Cirujan@ General. Para ello es primordial tener dominio propio, poseer buenos hábitos de trabajo, disciplina y concentración.
- Control de ansiedades: Las reacciones emocionales inadecuadas interfieren en la realización del trabajo. Las tensiones generales pueden producir fatiga, irritabilidad y juicios erróneos. El temor a una situación laboral puede llevar a evitar las tareas necesarias para que se realice el trabajo e impedir al sujeto conseguir sus metas en el empleo.
- Buenas relaciones interpersonales: Deberás aprender a relacionarte con los iguales, subordinados y superiores; saber presentar solicitudes y demandas; saber pedir favores sin rebajarse y sin molestar; decir no cuando es necesario y rechazar los desaires con dignidad.

En nuestro nombre y en el de todos los miembros de nuestra Unidad nos ponemos a tu entera disposición, para orientarte, ayudarte y resolverte todas las dudas e inquietudes que te surjan.

"El que aprende, pero no piensa está perdido. El que piensa, pero no aprende está en gran peligro". Confucio.

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

2.INTRODUCCIÓN

El desarrollo de un itinerario formativo cuya intención es la de guiar todo el proceso de aprendizaje del residente en formación exige conocer de forma general los medios de los que disponemos para desarrollar dicha función docente. A continuación, se destaca el área de trabajo y los medios disponibles para desarrollar dicha función.

Se informa de aspectos relacionados con la docencia y con la organización (rotaciones, guardias…) y otros detalles de interés en la asistencia médica.

Así mismo, se exponen los principales ejes de la estructura y organización general que ofrece apoyo a la formación de los médicos especialistas en formación, fundamentada en la Comisión de Docencia y los tutores.

3. UNIDAD DOCENTE DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

La Unidad de Gestión Clínica (UGC) es la unidad orgánica y funcional del hospital donde los profesionales realizan su trabajo, crecen, se desarrollan y maduran como seres humanos y profesionales. Por esta razón la UGC es el escenario donde se afrontan los problemas más trascendentales de la profesión, de la asistencia sanitaria, de la docencia y de la investigación.

En nuestro modelo sanitario, la UGC es la piedra angular de la organización hospitalaria, siendo la actividad del hospital la suma de las actividades de las distintas UGC. Esto implica considerar al hospital como una red de empresas de servicios y a la UGC de Cirugía como una parte esencial del mismo.

Desde hace unos años se ha modificado la organización de los anteriormente denominados “Servicios” que permite de manera simultánea que éste trabaje y utilice los recursos como un ente único y a su vez las tareas se distribuyan entre los grupos de personas y Unidades Clínicas de forma que eso incremente la satisfacción de las personas como protagonistas de su propio desarrollo y a su vez, por la especial dedicación, se mejoren los niveles de eficiencia.

Igualmente son consignas de la UGC mantener y mejorar la planificación y la organización quirúrgica, el uso eficiente de los recursos puestos a nuestra disposición, así como favorecer y facilitar la resolución de cuantos problemas puedan presentarse en línea de las directrices y consignas de la Institución.

Situación actual

Nuestra UGC de Cirugía General y del Aparato Digestivo posee una organización funcional desarrollada en Unidades no estructurales (Unidad de Cirugía Coloproctológica, Cirugía Endocrina, Cirugía Mama, Cirugía Esofagogástrica, Cirugía de Pared Abdominal), en un sistema de organización transversal, en el marco único de organización, planificación y estrategia de éste.

La actividad asistencial por unidades funcionales específicas ha demostrado ser un estímulo para aquellos cirujanos de las Unidades que las han desarrollado, mejorando sus capacidades, sus habilidades y sus resultados.

Siguiendo nuestra política de que cada Unidad Funcional constituya a su vez parte de un grupo interdisciplinario, se ha conseguido que cada una de la Unidades Funcionales de Cirugía se relacione a su vez con las especialidades afines materializándose esta relación en sesiones interdisciplinares de periodicidad semanal.

Uno de los aspectos que el Director de UGC cuida es el de mantener un exquisito equilibrio, por una parte, favoreciendo el desarrollo de las Unidades hacia su constitución como "Áreas de Capacitación Específica", y por otra, tratando de que éstas se desarrollen en el marco de la UGC de forma que el avance deseable hacia la "superespecialización" no vaya en detrimento del concepto, filosofía, conocimientos y habilidades que deben regir de forma conjunta a la Cirugía General y del Aparato Digestivo.

La UGC de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Área de Gestión Sanitaria (AGS) Norte de Cádiz-Hospital de Jerez ofrece asistencia especializada en un amplio campo de la patología quirúrgica y persigue una asistencia de calidad a los pacientes, con un enfoque integral de dichas patologías.

3.1 ESTRUCTURA FÍSICA. ORGANIZACIÓN FUNCIONAL

La UGC de Cirugía General y Aparato Digestivo está ubicada en la cuarta planta del Área de Hospitalización, integrada en el Área de Especialidades Quirúrgicas, área que engloba todas las especialidades quirúrgicas del hospital (5 en total).

ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

- Los ingresos de pacientes de la Unidad se efectúan en una Área restringida que dispone de unas 35 camas y en zonas ectópicas en momentos en que las necesidades asistenciales lo precisan.

- Sala de reunión de Cirugía, con capacidad para desarrollar las sesiones de la UGC (capacidad 30 personas), con seis ordenadores con acceso a la historia clínica informatizada con cañón de proyección, para sesiones y seminarios.

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS

- La UGC de Cirugía cuenta con tres salas destinadas a las Consultas Externas, con utilidad diaria, y con sala de curas adyacente para la realización de curas postoperatorias. (Segunda Planta. Edificio Consultas Externas, Salas de Consulta N.º 1,2 y 3).
- Actividad de Consultas Externas: 2-3 diarias (10-15 consultas semanales).

ÁREA QUIRÚRGICA

- Compuesta por 2- 3 quirófanos con actividad diaria exclusiva de Cirugía General y Aparato Digestivo. Planta 0 del Edificio General de Hospitalización.

RECURSOS TÉCNICOS

La UGC de Cirugía dispone del siguiente equipamiento, distribuido en su área de trabajo:

- 2 equipos de Cirugía Laparoscópica de Alta definición.
- 1 ecógrafo para exploración intraoperatoria con sondas para Cirugía convencional.
- Rectoscopio para valoración programada/ intraoperatoria.

MEDIOS DISPONIBLES EN LA UNIDAD PARA LA DOCENCIA (Equipamiento docente)

- Pantalla de proyección digital incorporada con el sistema informático del hospital.
- Equipos de Diagnóstico por Imagen y software de análisis de imagen.
- Archivo de casos clínicos interesantes y didácticos accesibles.
- Archivo informatizado de videos quirúrgicos realizados en la Unidad para consulta y estudio de técnicas quirúrgicas.
- Bases de datos informatizada con todos los pacientes intervenidos en la Unidad en los últimos años, distribuidos por patologías y Áreas de capacitación específica.
- Simulador para entrenamiento laparoscópico (Pelvitrainer).

MEDIOS FACILITADOS POR EL AGS NORTE DE CÁDIZ PARA LA DOCENCIA.

- Salón de actos, con dotación completa de medios audiovisuales.
- Aulas de docencia.

- Biblioteca biosanitaria, con acceso a los recursos bibliográficos contratados con la Biblioteca Virtual.
- Acceso universal de médicos residentes y facultativos a Intranet e Internet.
- Acceso a documentación de la historia clínica e informatización de la gestión y archivo de historias.

INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA. ACTIVIDAD INVESTIGADORA DE LA UNIDAD

Participación de la UGC Cirugía en proyectos de investigación: Líneas de investigación finalizadas recientemente/en curso/pendientes de iniciar.

- Proyecto de Exéresis Total del Mesorrecto para el tratamiento quirúrgico del cáncer de recto en el estado español. Un proyecto docente para formación de equipos multidisciplinares y resultados auditados. PROYECTO VIKINGO (AEC).
- Abdominoperineal Extra-Elevators Rectal Resection for Cancer: Prone Position vs Supine Position (APPRO). CLINICAL TRIAL.
- The STOMACH trial: Surgical Technique, Open versus Minimally invasive gastrectomy After Chemotherapy.VU Medisch Centrum.
- Via Clínica Recuperación Intensificada en Cirugía abdominal. PROYECTO IMPRICA (SNS).
- Estudio EUROPOWER. Estudio a nivel europeo sobre vías RICA en cirugía colorectal.
- Estudio PREMAS: Estudio sobre nutrición en cirugía digestiva.
- Estudio FRAGILE: Estudio sobre morbimortalidad en población anciana sometida a cirugía colorectal.
- Estudio MOPED: Estudio sobre variabilidad fisiológica intraoperatoria en pacientes sometidos a cirugía abdominal.

ACTIVIDADES ACADÉMICAS DE LOS FACULTATIVOS DE LA UNIDAD.

- Dr. Francisco José García- Molina: director de UGC de Cirugía. Doctor en Medicina y Cirugía. Profesor Asociado de Ciencias de la Salud en la Universidad de Cádiz.

- Dr. Francisco Mateo Vallejo: Doctor en Medicina y Cirugía. Profesor Asociado de Ciencias de la Salud en la Universidad de Cádiz.

Los facultativos de la Unidad de Cirugía General y Aparato Digestivo participan de forma activa en la docencia impartida desde la Facultad de Medicina en el Grado de Medicina, en el curso académico y con regularidad como docentes en los Cursos de Formación Continuada de la Especialidad que realiza la Asociación Española de Cirugía y otras Sociedades Científicas de la especialidad a nivel nacional (curso de cirugía laparoscópica, hernias…).

Residentes: Acreditación docente para E.I.R. de Cirugía General y del Aparato Digestivo con una plaza anual.

Rotaciones y estancias de otros médicos o especialistas: Rotación por Cirugía General durante el segundo año de residencia de los E.I.R. de Digestivo. También es posible la rotación de residentes de Cirugía de otras comunidades/ países.

La unidad de Cirugía Organiza curso / taller de Suturas dirigidos a alumnos de 6º año de Grado de Medicina.

Los alumnos de Enfermería rotan por la unidad de hospitalización y quirófano.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL INDIRECTA.

Participación regular de facultativos de la Unidad en Comités multidisciplinares del Hospital: Comité de Quirófano, Comité de Ética e Investigación, Comité Tumores Digestivos, Comité de Farmacia y Terapéutica, Comité de Infección Hospitalaria, Comité de profilaxis y política antibiótica, Comité de Historias y Documentación Clínica, Comité de Mortalidad, Comité de Transfusiones y Hemoderivados y Comité de Trauma.

3.2. ORGANIZACIÓN JERÁRQUICA

La plantilla de la UGC está formada por:

- 15 facultativos especialistas, 9 DUES horario fijo y 5-7 horario flexible, 4-6 Auxiliares de Enfermería y 2 Administrativas en Planta Hospitalización.
- Dr. Francisco José García-Molina: director de la Unidad de Cirugía General y Aparato Digestivo.
- 1 DUE y 1-2 Auxiliar Clínica en Consultas Externas.
- 1 DUE (Estomatoterapeuta) en Consultas Externas con agenda y consulta autónoma.
- 1 administrativa en Consultas Externas.

3.3. CARTERA DE SERVICIOS UGC CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

A continuación, se exponen la extensa mayoría de las intervenciones que se realizan en la Unidad.

JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD

CIRUGÍA ESÓFAGO-GÁSTRICA

PATOLOGÍA	
Neoplasia esofágica (Cervical / torácico /Abdomina epidermoide y adenocarcinoma	Esofaguectomía transhiatal. Esofaguectomía Ivor-Lewis / Akiyama/ McKeown (vía torácica- toracoscopia) Reconstrucción con gastroplastia / coloplastia
Úlcera Gástrica Aguda (no tratamiento médico) Co hemorragia / Con perforación. Estenosis pilórica Úlcera Duodenal Aguda Con Hemorragia / Con Perforacic	
Hernia de Hiato esofágico Reflujo gastroesofágico Esofagitis	
Úlcera esofágica Perforación esófago	
Achalasia	
Divertículo de Zenker	
Patología esplénica (neoplásica). PTI (y otras enfermedades hematológicas). Traumatismo de bazo	
Neoplasia Gástrica (Cardias, pilórica, antro pilórico, fundus, cuerpo) Tumores estromales gastrointestinales	Gastrectomía subtotal /total +Linfadenectomía D2 Gastroenteroanastomosis Gastrostomía (abierta y laparoscópica). Yeyunostomía.
Enfermedad de Crohn de Intestino delgado/grueso	Resección intestinal segmentaria múltiple

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

	Colectomías Estructuroplastias
Tumores intestino delgado (Duodeno / Yeyuno / Íleon)	Enterotomía. Resección intestinal segmentaria múltiple
Tumores retroperitoneales malignos Tumores retroperitoneales de evolución incierta	La técnica depende de los hallazgos

CIRUGÍA COLORECTAL

PATOLOGÍA	INTERVENCIÓN
Hemorroides internas / externas Fisura de Ano Fístulas Perianales	Hemorroidectomía Milligan-Morgan Esfinterotomía Lateral Interna Fistulotomía /Fistulectomía. Setton /Colgajos de avance
Diverticulosis colon sin hemorragia Diverticulitis colon sin hemorragia	Laparoscopia/drenajes colecciones. Sigmoidectomía y otras colectomías.
Colitis Ulcerosa Colitis Ulcerosa (Pancolitis) Ileocolitis Ulcerativa. Enterocolitis Ulcerativa Proctosigmoiditis ulcerativa	Pancolectomía + Ileostomía temporal / Anastomosis ileorectal Proctocolectomía + Ileostomía permanente / Reservorio ileoanal Cierre ileostomía / colostomía
Enfermedad de Crohn colon /recto/ano	Pancolectomía + Anastomosis ileorectal + Ileostomía temporal / Ileocequectomía /Colectomías segmentarias
Prolapso rectal	Rectopexia Abdominal y perineal
Poliposis Familiar Neoplasia benigna de colon	Proctocolectomía + Ileostomía permanente / Reservorio ileonal Pancolectomía + Anastomosis ileorectal
Neoplasia de ciego /Apéndice Neoplasias de Colon derecho	Hemicolectomía Derecha (abierta y laparoscópica)
Neoplasia de ángulo Hepático Neoplasia de Colon Transverso	Hemicolectomía Derecha Ampliada Colectomía Transversa Ileotransversectomía (abierta y laparoscópica)
Neoplasia de Colon Izquierdo	Hemicolectomía Izquierda / Subtotal (abierta y laparoscópica)

Neoplasia de Sigma	Sigmoidectomía (abierta y laparoscópica)
Neoplasia de Recto Neoplasia de Canal Anal	Resección Anterior (con o sin colostomía) /ileostomía protección Amputación Abdominoperineal Resección transanal
Vólvulo de Colon	Cecopexia /Colopexia /Sigmoidectomía
Hernia Paracolostomía	Reparación H. Paracolostomía
Confección de estomas derivativos	Ileostomía/cecostomía/colostomía (Tipo cañón escopeta)
Ingreso para Cierre Ostomía protección	Cierre ostomía de protección

CIRUGÍA HEPATOBILIOPANCREÁTICA

PATOLOGÍA	INTERVENCIÓN
Colelitiasis con/sin Colecistitis	Colecistectomía Laparoscópica y abierta Colangiografía intraoperatoria (abierta y laparoscópica)
Colecistocoledocolitiasis Sin Colecistitis Con Colecistitis aguda Con Colangitis Estenosis de Colédoco (Sind. Mirizzi)	Exploración de la vía biliar y coledocolitotomía (abierta y laparoscópica) Coledocolitotomía + coledocoduodenostomía Coledocolitotomía + Papilotomía y/o esfinteroplastia transduodenal Coledocolitotomía + hepaticoyeyunostomia
Neoplasias de la vesícula biliar	Colecistectomía ampliada a lecho hepático (seg. IVb y V + linfadenectomía hilio hepático)
Neoplasias malignas de la Vía Biliar extrahepática / hiliar / Intrahepática	Exéresis + Derivación biliodigestiva (hepaticoyeyunostomía) Duodenopancreatectomía cefálica Derivación biliodigestiva sin exéresis del tumor

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

Neoplasia ampular y periampular	Duodenopancreatectomía cefálica
Pancreatitis aguda necrótica	Pancreatectomía parcial /Necrosectomías (abiertas y laparoscópicas)
Pancreatitis crónica	Pancreatectomía distal (abierta y laparoscópica) Duodenopancreatectomía cefálica Esplacnicectomía quirúrgica Pancreatoyeyunostomía
Pseudoquiste pancreático	Quistogastrostomía /Quistoyeyunostomía Excisión lesión pancreática
Neoplasias de páncreas de Cabeza / Cuerpo / Cola Neoplasias quísticas de páncreas	Duodenopancreatectomía cefálica (con y sin resección portal) Pancreatectomía total/corporocaudal
Quistes hepáticos simples Quistes hidatídicos hepáticos	Fenestración Quistoperiquistectomía total / parcial

CIRUGÍA ENDOCRINA

PATOLOGÍA	INTERVENCIÓN
Adenopatías Cuello /axilar/inguinal	Exéresis-biopsia adenopatía
Tiroiditis Aguda / Subaguda / Crónica	Tiroidectomía subtotal / Tiroidectomía total
Nódulo tiroideo benigno	Hemitiroidectomía / Tiroidectomía total
Bocio Uninodular / Multinodular	Hemitiroidectomia /Tiroidectomía subtotal o total
Enf. De Graves Basedow	Tiroidectomía Total / Subtotal / Subesternal
Neoplasias de Tiroides	Tiroidectomía Total (con o sin Vaciamiento ganglionar cervical)
Hiperparatiroidismo. Adenoma / Hiperplasia /Neoplasia	Paratiroidectomía selectiva o subtotal

Tumor suprarrenal benigno / maligno S. Cushing /Conn / Adisson Feocromocitoma	Suprarrenalectomía total Unilateral /bilateral Suprarrenalectomía parcial

CIRUGÍA MAMA

PATOLOGÍA	INTERVENCIÓN
Nódulo mama no palpable	Exéresis abierta o guiada por arpón percutáneo
Neoplasia de mama Neoplasia mama en varón	Mastectomía simple Tumorectomía+ Vaciamiento Axilar Cuadrantectomía + Vaciamiento axilar (Linfadenectomía Simple /radical) Mastectomía tipo Madden Biopsia selectiva Ganglio centinela (con radioisótopo)
Fibroadenoma de mama Mastopatía Fibroquística Displasia mamaria benigna	Exéresis

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

PATOLOGÍA	INTERVENCIÓN
Eventración	Eventración abierta y laparoscópica
Hernia inguinal y crural directa e indirecta/ uni o bilateral/ primaria o recidivada	Hernioplastia

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

Hernia umbilical/epigástrica/Spiegel	Henioplastia umbilical / Herniorrafia / Hernioplastia epigástrica
Tumores de partes blandas (quistes sebáceos/ lipomas)	Exéresis
Patología litiásica vesícula biliar	Protocolo UCMA
Patología benigna tiroidea (tiroidectomías)	Protocolo UCMA
Cirugía de patología benigna mama	Protocolo UCMA
Cirugía proctológica	Protocolo UCMA

En resumen, la cartera de servicios quirúrgica de la Unidad Docente incluye prácticamente todos los procedimientos que abarca la especialidad a excepción de la cirugía hepática y trasplantes (cuyo déficit se cubre mediante la realización de un rotatorio externo en Unidad HBP y de guardias de trasplante por parte del R5) y de la cirugía bariátrica cuyo aprendizaje es opcional. En cuanto a los procedimientos laparoscópicos básicos y avanzados podemos decir que su introducción en la UGC Cirugía es plena.

3.4 ESTRUCTURA DE LA JEFATURA DE ESTUDIOS Y COMPOSICIÓN DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA

http://areagestionsanitarianortedecadiz.org/wordpress/gestion-del-conocimiento/docencia-3/

3.5 COLABORADORES DOCENTES

- CIRUGÍA ENDOCRINA: Dra. Diaz Oteros.

-CIRUGÍA PARED Y ESOFAGOGÁSTRICA: Dr. Mateo Vallejo y Dr. Medina Achirica.

- CIRUGÍA MAMA: Dra.Melero Brenes

- CIRUGÍA COLORECTAL Y PROCTOLÓGICA: Dr. Esteban, Dr. Sánchez Bautista y Dra. Escalera Pérez.

4.PROGRAMA FORMATIVO OFICIAL DEL ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO

Siguiendo el programa formativo de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGAD) aprobado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y el Consejo Nacional de Especialidades Médicas (BOE: 9409 ORDEN SCO/1260/2007 de 13 de Abril) y vigente en la Guía de Formación de Especialistas, en el apartado 3: "Definición de la especialidad y sus competencias" queda delimitado el ámbito de actuación de la especialidad de CGAD.
Se puede consultar el programa oficial en:
http://www.msps.es/profesionales/formación/docs/Cirugia_General_y_del_Aparato_Digestivo.pdf

5. GUÍA O ITINERARIO FORMATIVO DEL RESIDENTE DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO

5.1 INTRODUCCIÓN

La Cirugía General y del Aparato Digestivo es una especialidad quirúrgica perfectamente consolidada en la que hay que analizar los niveles de complejidad asistencial, el papel de la investigación y los procedimientos de enseñanza y formación continuada. La última reforma llevada a cabo ha estado basada en los siguientes hechos:

En primer lugar, el espectro epidemiológico del que se venía ocupando esta especialidad se ha modificado considerablemente, reduciéndose en unas áreas, al aparecer alternativas terapéuticas tan eficaces como la cirugía y menos cruentas (enfermedad por reflujo gastro-esofágico, úlcera péptica duodenal no complicada, etc.), y ampliándose en otras (trasplante de órganos, cirugía de la obesidad mórbida, etc.).

En segundo lugar, se ha puesto de manifiesto que la dedicación especial a campos concretos mejora extraordinariamente los resultados de la cirugía, lo que ha propiciado el desarrollo de áreas de capacitación o de especial interés dentro del contexto de la especialidad de CGAD: Cirugía Esófago-Gástrica, Cirugía Colorrectal, Cirugía Endocrina, de la Mama y Cirugía Hepatobiliopancreática. En estas áreas, el cirujano, ante determinadas patologías (cáncer de esófago, páncreas, trasplante hepático, etc.) forma parte de un equipo multidisciplinar trabajando en estrecho contacto con otros especialistas no quirúrgicos (gastroenterólogos, radiólogos, patólogos, etc….).

En tercer lugar, el Sistema Sanitario ha asistido al desarrollo de nuevas tecnologías, entre las que deben destacarse aquellas que permiten la ejecución de procedimientos de cirugía mínimamente invasiva (fundamentalmente cirugía laparoscópica) cuyas indicaciones y técnicas deben ser enseñadas respetando una curva de aprendizaje.

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

Por último, es fundamental que el futuro especialista en CGAD se forme en: Metodología de la investigación clínica, gestión clínica y en bioética tan necesarias en una sociedad que demanda resultados terapéuticos precoces, eficaces y eficientes.

5.2. DEFINICIÓN DE LA ESPECIALIDAD Y COMPETENCIAS GENERALES A ADQUIRIR DURANTE LA FORMACIÓN

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

El primer nivel se corresponde con su ámbito primario de actuación. El especialista en CGAD tiene todas las competencias sobre la patología quirúrgica, electiva y urgente, de los siguientes sistemas, aparatos y áreas anatómicas: Aparato digestivo, pared abdominal, sistema endocrino, mama, piel y partes blandas, retroperitoneo y patología externa de la cabeza y cuello.

El segundo nivel hace referencia a competencias subsidiarias en determinadas circunstancias. La Cirugía General y del Aparato Digestivo ha de ocuparse del planteamiento inicial y la resolución, hasta cierto nivel de complejidad, de la patología quirúrgica urgente que pertenece, en principio, al campo de acción de otras especialidades quirúrgicas, cuando el cirujano general asume la responsabilidad de dicha asistencia en un escalón hospitalario intermedio, como son los hospitales comarcales y de área. A estos efectos es en los problemas urgentes de otras especialidades (Cirugía Vascular, Cirugía Torácica, Urología, Neurocirugía, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Pediátrica y Cirugía Plástica), en los que el cirujano general debe poseer la competencia necesaria y asumir la responsabilidad antes de su traslado al hospital de nivel superior en el que las citadas especialidades estén disponibles.

El tercer nivel de actuación de la CGAD, se relaciona con la primordial atención que presta a los fundamentos biológicos y técnicos de la Cirugía. La profundización en estos principios básicos dota a esta especialidad de una amplia base formativa que facilita su potencial polivalencia, tanto para la asistencia, como para la investigación y la docencia, pudiendo considerarse como paradigma de disciplina troncal entre las especialidades quirúrgicas.

Entre estos fundamentos se incluyen: los principios de la técnica quirúrgica; las bases de la cirugía endoscópica; el proceso biológico de la curación de las lesiones traumáticas; la respuesta biológica a la agresión accidental o quirúrgica, con sus desviaciones que incluyen los fracasos uni o multiorgánicos; la valoración preoperatoria del paciente; los cuidados intensivos en el paciente quirúrgico; las infecciones en cirugía y cirugía de las infecciones; la inmunología y cirugía; la nutrición y cirugía; las bases biológicas y técnicas de los trasplantes de órganos; y los principios de la cirugía oncológica.

Competencias generales a adquirir durante la formación

El primer objetivo, tal y como establece el programa formativo de la especialidad, ha de ser "la consecución de los conocimientos, habilidades y actitudes que capacitan a un profesional para cumplir, de manera competente y responsable, las funciones que corresponden primariamente a la CGAD", tanto en relación con problemas quirúrgicos electivos como urgentes y tanto en el ámbito de un hospital comarcal o de área como en un hospital de referencia. Debe entenderse que este

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

primer objetivo ha de formar profesionales con capacidad para desarrollar dos perfiles asistenciales diferentes, relacionados con el hospital donde vayan a ejercer su función. En un hospital comarcal o de área, el profesional deberá responder al perfil de cirujano general en sentido estricto, con capacidad para asistir problemas urgentes de otras especialidades.

En cambio, en un hospital de referencia, la responsabilidad de este especialista se centra en sus actividades como cirujano en las diferentes subespecialidades.

El segundo objetivo de este programa, es" iniciar la formación complementaria en alguna de las áreas de capacitación o de especial interés, según las circunstancias de cada residente y las de cada hospital". Cumplida la residencia, el grado de implicación de un especialista con alguna de estas áreas dependerá del progreso de cada uno de ellos, las necesidades de la población y del contexto hospitalario en que se desenvuelva su actividad profesional.

El tercer objetivo es la "formación adecuada del residente en investigación con el fin de que adquiera una mentalidad crítica y abierta frente a la avalancha informativa respecto a los avances y nuevas tecnologías, que se presenten a lo largo de su vida profesional". La investigación también permite que el residente tome conciencia de que, desde su puesto de trabajo puede contribuir al progreso de la ciencia médica.

Para la consecución de dichos objetivos de formación la UGC de Cirugía del AGS Norte de Cádiz-Hospital de Jerez aporta una serie de recursos humanos y estructurales, acompañados de las actividades formativas precisas, lo que define las características de nuestra Unidad Docente.

OBJETIVOS

Conocimientos (Formación teórica):

El especialista en formación en CGAD debe adquirir los conocimientos adecuados y actualizados del programa de la especialidad. Al final de la residencia debería estar en condiciones de superar una evaluación de estos conocimientos.

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

El residente debe adquirir las destrezas propias del cirujano general y del aparato digestivo, de tal suerte que al final de su periodo de aprendizaje haya conseguido en primer lugar, lograr una formación óptima como cirujano general, capaz de asumir sus funciones y sus responsabilidades en un centro de nivel comarcal o de área. En segundo lugar, y especialmente durante los dos últimos años de residencia se iniciará una formación específica complementaria en una de las áreas de capacitación o especial interés dentro del campo de la CGAD.

Para el alcance de dichos objetivos, el residente irá avanzando progresivamente en los grados de complejidad quirúrgica, a la vez que irá asumiendo, también progresivamente, una mayor responsabilidad.

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

Baremo orientativo para valorar el grado de complejidad de las intervenciones quirúrgicas () Mínimo a realizar como ayudante o cirujano al final de su periodo formativo:

- Grado 1. Limpieza quirúrgica y sutura de una herida traumática. Exéresis de una lesión cutánea o subcutánea. Laparotomía y su cierre. Biopsia de arteria temporal. Biopsia ganglionar. Exéresis de nódulo mamario (15). Exéresis de hidroadenitis axilar o inguinal. Amputación menor. Punción torácica.

- Grado 2. Esfinterotomía anal (10). Hemorroidectomía (15). Exéresis de sinus pilonidal. Drenaje de absceso perianal (20). Herniorrafia/plastia inguinal, crural y umbilical (25). Eventroplastia (10). Apendicectomía abierta. Inserción de trócares laparoscópicos. Gastroyeyunostomía. Piloroplastia. Sutura de una perforación ulcerosa. Colecistectomía abierta (10). Enterectomía segmentaria. Traqueostomía.

- Grado 3. Fistulectomía anal. Mastectomía simple (5). Apendicectomía laparoscópica. Colecistectomía laparoscópica (15). Fundoplicatura de Nissen abierta. Esplenectomía. Colostomía. Ileostomía. Hemitiroidectomía (5). Colectomía segmentaria (10).

- Grado 4. Hemicolectomía derecha. Hemicolectomía izquierda. Cirugía de la vía biliar principal (4). Derivaciones biliodigestivas. Gastrectomía parcial. Mastectomía conservadora (5) /radical modificada (5). Tiroidectomía total (5). Miotomía de Heller. Paratiroidectomía (2). Fundoplicatura de Nissen por vía laparoscópica. Abordaje del esófago cervical. Adrenalectomía abierta.

- Grado 5. Esofaguectomía (5). Gastrectomía subtotal/ total (2-5). Amputación abdomino-perineal. Duodenopancreatectomía cefálica (5). Resección hepática mayor (5). Reservorios ileoanales. Cirugía laparoscópica avanzada (bariátrica, adrenalectomía, etc.). Trasplante hepático. Trasplante de páncreas.

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

En cuanto al nivel de responsabilidad se distinguen 3 niveles:

- El nivel 1 es aquel que permite al residente realizar una actividad sin necesidad de una tutorización inmediata, es decir, ejecuta y posteriormente informa.

- El nivel 2 posibilita la realización de actividades directamente por el residente con la colaboración y bajo la supervisión del staff. .

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

- El nivel 3 se corresponde con actividades en las que el residente simplemente ayuda u observa acciones del personal de plantilla.

	SALA HOSPITALIZACIÓN	CONSULTAS EXTERNAS	ÁREA URGENCIAS (EXCEPTO CIRUGÍA)	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (COMO CIRUJANO)
R1	NIVEL 3	NIVEL 3	NIVEL 3	NIVEL 3-2 GRADO 1
R2	NIVEL 2	NIVEL 2	NIVEL 2	NIVEL 2 GRADO 1 Y 2
R3	NIVEL 2	NIVEL 2	NIVEL 2	NIVEL 2 GRADO 1 A 3
R4	NIVEL 1	NIVEL 1	NIVEL 1	NIVEL 2 GRADO 1 A 4
R5	NIVEL 1	NIVEL1	NIVEL 1	NIVEL 2 GRADOS 1 A 5

Actitudes:

a) Genéricas:

- Disponibilidad para el aprendizaje y la formación permanente.
- Capacidad para asumir compromisos y responsabilidades.
- Aproximación a los problemas asistenciales con mente crítica y espíritu resolutivo.
- Respeto y valoración positiva del trabajo de los demás.
- Apertura y flexibilidad en relación con los pacientes, miembros de su grupo de trabajo, colegas de otras especialidades y autoridades sanitarias y educativas en general.
- Cuidado del aspecto personal y puntualidad.

b) Profesionales y científicas:

- Cooperación y abordaje multidisciplinar en el tratamiento de las diversas patologías que originan el tratamiento quirúrgico.
- Conformidad con la misión de servicio hacia los pacientes y la sociedad a que obliga el ejercicio de la medicina.

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

- Percepción de la multiplicidad de funciones que los médicos especialistas han de ejercer en el ámbito del sistema nacional de salud.
- Reconocimiento del derecho de los pacientes a una asistencia pronta y digna en condiciones de equidad.
- Atención preferente hacia las necesidades de los pacientes y de sus familias con especial referencia al derecho de información.
- Conciencia de la repercusión económica de las decisiones.
- Preocupación por los aspectos deontológicos y éticos de la medicina en general y de la CGAD en particular.
- Colaboración con los poderes públicos, sociedades científicas y organizaciones nacionales e internacionales.
- Asumir la práctica clínica basada en la evidencia científica.
- Conciencia de la importancia de una formación científica y clínica lo más sólida posible adquiriendo una mentalidad critica, conociendo la metodología de la investigación y la importancia de la formación continuada.
- Participación personal en el desarrollo de las funciones asistencial, docente y científica de la especialidad.

ACTIVIDADES PARA CUBRIR LOS OBJETIVOS

A. En cuanto a los conocimientos.

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

El tutor también velará por la asistencia del residente a los cursos y seminarios idóneos en cada momento, en número no inferior a 2-3 al año. Se aconseja que tales cursos incluyan actualizaciones y perfeccionamientos en: Iniciación práctica en Cirugía Endoscópica, Formas de producción científica en Cirugía General, Cirugía Mayor Ambulatoria, Cirugía Esofagogástrica, Cirugía Hepatobiliopancreática, Coloproctología, Pared Abdominal, Politraumatismos y Cuidados intensivos quirúrgicos, Infección quirúrgica, Cirugía endocrina, Cirugía de la mama, Cirugía endoscópica avanzada, Cirugía Torácica, Cirugía Vascular, Trasplantes de órganos abdominales, Obesidad Mórbida. Deben tener preferencia las actividades que incluyan procedimiento de evaluación y aquellos cursos o seminarios cuya organización esté garantizada por la Comisión Nacional de la Especialidad o Asociaciones Científicas de prestigio. Se potenciará la presentación por parte de los Residentes de

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

comunicaciones o trabajos científicos a dichos cursos/Congresos estableciendo como norma asociativa la asistencia a Reuniones de menor a mayor complejidad o ámbito geográfico en función del año de formación.

B. En cuanto a las habilidades:

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

1) Actividades en Sala de Hospitalización.

Dichas actividades son: Visita médica, información a familiares y realización de informes de alta. En las salas, el residente, acompañado por 1-2 facultativos y por el enfermero responsable del paciente, efectuará la visita médica. Los pasos a seguir con cada consulta de paciente hospitalizado son: Interrogatorio sucinto, examen físico-exploración de las heridas, valoración de los drenajes e inspección de la hoja de constantes, intercambio de información clínica con Enfermería, solicitud de exploraciones complementarias o de hojas de interconsulta, anotación de la evolución clínica y de las órdenes de tratamiento (prescripción electrónica), contribuyendo, posteriormente a informar a los familiares. En su caso, el residente formalizará los informes de alta, que deben incluir: resumen de la historia clínica, expresando claramente el diagnóstico principal, los procedimientos quirúrgicos, la existencia de comorbilidad o de complicaciones y las recomendaciones al alta.

2) Actividades programadas en Quirófanos.

El residente debe participar activamente en la programación quirúrgica de la unidad docente (2-3 quirófanos diarios) con responsabilidad creciente a lo largo de su periodo formativo. Además de su contribución al acto quirúrgico propiamente dicho, participará en la confección del juicio clínico preoperatorio, la obtención del consentimiento informado, la cumplimentación de la hoja operatoria, la solicitud de estudios anatomopatológicos o de otro tipo y la información a familiares. Deberá familiarizarse con la implantación y difusión del listado de verificación prequirúrgico (Check List).

3) Actividades en Consultas Externas.

Existen 2-3 Salas de consulta diarios que cubren 2-3 miembros de la Unidad. Generalmente, en la consulta existen dos tipos de agendas: una para pacientes nuevos y preferentes, otra que corresponde a consultas de revisión

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

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

En el caso de los residentes de 4º y 5º año, realizaran consulta de revisión de pacientes ya operados, preferentemente por ellos, para familiarizarse con el seguimiento de determinadas patologías.

5.3. PLAN DE ROTACIONES

PROGRAMA DE ROTACIONES

Siguiendo las directrices establecidas por la Comisión Nacional de la Especialidad de Cirugía General y Digestivo y en mutuo acuerdo y consenso con la Comisión de Docencia del Hospital, se establece un posible Programa de Rotaciones.

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

Se complementará la Formación en Cirugía Laparoscópica mediante la realización de Cursos de Laboratorio de Laparoscopia y Laparoscopia Básica-Avanzada (AEC). En nuestra Unidad docente actualmente Cirugía Plástica se encuentra integrada dentro del Área de Gestión de Cirugía General y Aparato Digestivo por lo que se considera rotación interna dentro de la misma UGC.

En el libro del residente quedarán registrados los periodos de tiempo rotacional. Las rotaciones externas deberán ser supervisadas por los tutores de las diferentes Unidades Docentes y la duración no podrá superar los cinco meses de cada periodo de evaluación anual. En el último año se fija como objetivo realizar la rotación en hospitales extranjeros de reconocido prestigio en investigación biomédica.

5.4. COMPETENCIAS ESPECÍFICAS POR ROTACIÓN

En este apartado reflejamos los objetivos de aprendizaje que el residente debe conseguir en las rotaciones por las diferentes Unidades con funciones o Cartera de Servicios no cubiertas por la UGC de Cirugía General y del Aparato Digestivo, ya sean en rotaciones internas como externas.

Con respecto a las competencias específicas a adquirir en las Áreas de Capacitación de Cirugía General Y Digestiva, se contemplan anualmente en los Planes Individuales de Formación.

Las rotaciones externas están reguladas por el Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero y la instrucción 2/2013, de septiembre 2013, de la Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación. Esta normativa establece los requisitos para la autorización, el procedimiento de solicitud y de evaluación de las mismas y se recoge en su totalidad en el Plan de Gestión de la Calidad Docente Especializada de nuestro centro.

ROTACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA

Los objetivos que el residente deberá alcanzar son los siguientes:

- Conocer las características especiales de la actividad de los especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria en Atención Primaria y familiarizarse con la estructura organizativa y funcional de la organización (Área Sanitaria). Conocer aspectos básicos relativos a la organización, funcionamiento y gestión de los centros de salud.

- Conocer al paciente y la enfermedad, en las etapas anteriores a la hospitalización, y en las posteriores a su alta. En definitiva, entender la enfermedad como un proceso longitudinal y no transversal.

- Familiarizarse con la atención de la población en lo relativo a la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades más prevalentes, aquellas que van a ser las responsables de su ingreso en los hospitales en los periodos de agudización o agravamiento.

- Conocer la capacidad de la Atención Primaria en la detección precoz de las enfermedades más comunes, su manejo y atención, tanto en las fases previas a su ingreso como en las posteriores a su alta.

- Adquirir conocimientos y habilidades que faciliten la continuidad asistencial y crear un clima propicio entre los residentes para comprender y asumir la coordinación entre niveles de atención.

- Ser un elemento de integración entre las dos especialidades.

- Ampliar la formación del residente en el área de competencias esenciales.

- Comunicación asistencial y relación médico-paciente enmarcada en la continuidad asistencial.

- Razonamiento clínico en un contexto de alta incertidumbre diagnóstica y alta frecuentación haciendo énfasis en el abordaje de problemas de salud poco definidos y en estadios precoces de la enfermedad.

- Ampliar la formación del residente en el área de competencias relativas a la atención a los problemas de salud del individuo, considerando la atención al paciente en su contexto familiar, social y comunitario, tanto en los condicionantes de los problemas de salud como en las posibles intervenciones.

- Conocer el abordaje de las actividades preventivas y de promoción de la salud en el primer nivel asistencial.

- Conocer los criterios de derivación desde atención primaria a otros niveles asistenciales, con especial interés en aquellos problemas de salud susceptibles de valoración por cirugía.

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

- Adquirir conocimientos teóricos y prácticos en el campo de la Cirugía Menor.

ROTACIÓN RADIODIAGNÓSTICO

El residente ha de adquirir los conocimientos y destrezas en relación con:

- Indicaciones e interpretación de la radiología simple y contrastada; Métodos digitalizados; Mamografía (indicaciones en el proceso diagnóstico y en el seguimiento de la patología mamaria, semiología elemental, utilidad en el planteamiento de la cirugía conservadora de la mama).

- Ecografía (principios de la interpretación ecográfica e indicaciones clínicas, ecografía diagnóstica e intervencionista, eco-doppler).

- Resonancia magnética (imágenes y espectroscopia por R.M., tipos principales de secuencias e indicaciones clínicas); Angiorradiología diagnóstica e intervencionista (técnicas e indicaciones).

- Relación coste- beneficio de las técnicas de diagnóstico mediante imágenes de alta tecnología.

ROTACIÓN UNIDAD ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA

El residente deberá adquirir conocimientos y destrezas en relación con:

- Fibrogastroscopia, colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE), fibrocolonoscopia y rectoscopia.

FIBROGASTROSCOPIA

- Indicaciones y aplicabilidad, con CARÁCTER ELECTIVO, en la patología del tracto digestivo superior: reflujo gastroesofágico y lesiones asociadas, úlcera péptica gastroduodenal y sus complicaciones, valoración y control del estómago operado, diagnóstico de las lesiones tumorales, incluyendo valoración de extensión (detección macroscópica, obtención de biopsias y aplicación de ecoendoscopia).

- Indicaciones y aplicabilidad, con CARÁCTER URGENTE, en las siguientes situaciones: Cuerpos extraños, ingesta de cáusticos, hemorragia digestiva alta y periodo postoperatorio.
- Yeyunoscopia y enteroscopia con cápsula inalámbrica.

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

CPRE

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

FIBROCOLONOSCOPIA Y RECTOSCOPIA

- Indicaciones, resultados, limitaciones y complicaciones potenciales de ambas técnicas, tanto con carácter electivo como urgente, en el ámbito diagnóstico y terapéutico. Valoración de los controles tras la realización de técnicas endoscópicas y tratamiento quirúrgico de las complicaciones más frecuentes.

- Aprender los conceptos y prácticas básicas en la desinfección de instrumental endoscópico.

- Familiarizarse con los métodos de obtención y tratamiento de imágenes en la práctica endoscópica.

ROTACIÓN CIRUGÍA PLÁSTICA

Adquirir los conocimientos y destrezas en relación con la valoración y planteamiento de tratamiento de las quemaduras, grandes pérdidas de superficie cutánea y deformidades cicatriciales. Iniciación a la técnica de colgajos.

ROTACIÓN CUIDADOS INTENSIVOS Y ANESTESIA/REANIMACIÓN

El residente debe adquirir los conocimientos relativos a la fisiopatología y tratamiento de las situaciones críticas. Así:

- Insuficiencia respiratoria aguda (indicaciones de la intubación traqueal y de la traqueotomía, momento de la extubación, indicaciones de la ventilación mecánica y sus diferentes posibilidades, supresión de la ventilación mecánica).

- Alteraciones del equilibrio ácido-base (diagnóstico, etiología y tratamiento);
- Sustancias vasoactivas (tipos, mecanismos de acción y elección).

- Antibioterapia en el paciente crítico (dosificación en la insuficiencia renal).

- Paciente politraumatizado (medidas de reanimación general y de mantenimiento, problemas más frecuentes en el tratamiento y control evolutivo).

- Procedimientos de rehidratación.

- Muerte cerebral (diagnóstico y aspectos médico-legales); Mantenimiento del donante.

- Control postoperatorio inmediato de los pacientes trasplantados.

A la vez, deberá entrenarse en una serie de técnicas y métodos propios de la medicina intensiva. Así:

- Cálculo de balances de líquidos y electrolitos.
- Técnicas de colocación de catéteres venosos centrales.
- Técnicas de intubación traqueal.
- Procedimientos de reanimación cardiopulmonar.
- Manejo básico del funcionamiento de respiradores mecánicos, pulsioxímetros y capnógrafos; Monitorización de gases y volúmenes.
- Técnicas de medición de parámetros hemodinámicos (colocación del catéter de Swan-Ganz, registro de presiones de la arteria pulmonar, datos hemodinámicos indirectos, computador de gasto cardíaco, etc.).
- Técnicas de medición de la presión intracranial.
- Métodos de valoración del estado nutricional; El procedimiento de la nutrición artificial (métodos, cuidados y balance nitrogenado).

NÚMERO MÍNIMO DE INTERVENCIONES QUE DEBE REALIZAR/(AYUDAR) EL RESIDENTE EN LA ROTACIÓN:
Acceso venoso central: 10 (20). Intubación orotraqueal: 10 (20).

ROTACIÓN UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (UCMA).

Se deben conseguir los siguientes objetivos en cuanto a conocimiento y aprendizaje de:

- Procedimientos susceptibles de CMA (selección).
- Criterios de inclusión de pacientes en CMA.
- Tipos de UCMA.
- Organización de UCMA. Organigrama. Circulación de pacientes.
- Gestión de pacientes: Historia Clínica. Informe de alta. Criterios de alta.

- Técnicas quirúrgicas: Hernias/ eventraciones. Quistes pilonidales. Fistulas perianales. Fisuras anales. Colecistectomía laparoscópica sin exploración de vía biliar. Biopsia de mama/ Tumorectomía. Mastectomía subtotal. Tiroidectomía subtotal.

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

ROTACIÓN CIRUGÍA TORÁCCICA

El residente ha de adquirir las habilidades en relación con:

-Historia clínica, la identificación y descripción de los problemas clínicos planteados, y el proceso a seguir para el establecimiento de una indicación quirúrgica en la patología torácica.

-Interpretación de los datos aportados por las técnicas de diagnóstico mediante imágenes (radiología simple, TC, escintigrafía, etc.).

-Particularmente se instruirá en:

- Toracocentesis.
- Tratamiento de urgencia del neumotórax espontáneo y del empiema pleural.
- Vías de acceso a la cavidad torácica y al mediastino.
- Toracotomías y la toracoscopia.
- Colocación de drenajes intratorácicos.
- Tratamiento de urgencia de los traumatismos torácicos.

NÚMERO MÍNIMO DE INTERVENCIONES QUE DEBE REALIZAR/(AYUDAR) EL RESIDENTE EN LA ROTACIÓN:

Toracocentesis: 10. Toracoscopia: 5 (10). Resecciones pulmonares: (10). Apertura y cierre de la cavidad torácica: 5 (15).

ROTACIÓN CIRUGÍA VASCULAR

El residente deberá adquirir los conocimientos y destrezas en relación con:

Anamnesis y exploración en relación con la angiología. Así:

- Evaluación de los pacientes con isquemia aguda y crónica o ulceraciones en las extremidades inferiores.
- Valoración de los pacientes con trombosis venosas.
- Valoración del pie diabético.
- Conocimientos básicos de las técnicas de exploración vascular, cruenta e incruenta, y de la farmacoterapia vascular (anticoagulación, fibrinolisis, sustancias vasoactivas, etc.).
- Vías y técnicas de acceso a los vasos; Disección y control de los troncos vasculares.
- Principios de la sutura vascular.
- Anastomosis vasculares.
- Embolectomías en la extremidad superior e inferior.
- Conceptos generales sobre el uso de injertos y prótesis de sustitución vascular.
- Cirugía exerética y amputaciones por isquemia de las extremidades inferiores.

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

NÚMERO MÍNIMO DE INTERVENCIONES QUE DEBE REALIZAR/(AYUDAR) EL RESIDENTE EN LA ROTACIÓN:

Safenectomías: 5 (10): Embolectomía: (5). Cirugía arterial directa: (10).

ROTACIÓN CIRUGÍA HEPATOBILIOPANCREÁTICA

El residente deberá adquirir los conocimientos y destrezas en relación con:

- Manejar el paciente con patología quirúrgica hepatobiliopancreática simple.
- Participar en el manejo de patología hepatobiliopancreática compleja.
- Realizar la Historia Clínica de cirugía hepatobiliopancreática. Identificar signos de gravedad.
- Indicar exploraciones complementarias.
- Conocimientos básicos de las técnicas de exploración hepatobiliopancreática cruentas e incru entas. Interpretar dichos resultados.
- Indicar tratamiento, médico o quirúrgico.

Debe aprender las indicaciones y tratamiento quirúrgico de:

- Neoplasia ampular y periampular: Duodenopancreatectomía cefálica.
- Colecistocoledocolitiasis con/sin colecistitis/ colangitis aguda: Exploración de la via biliar. Coledocolitotomía. Papilotomía y/o esfinteroplastia transduodenal. Coledocoduodenostomía.
- Estenosis de colédoco (Síndrome de Mirizzi): Coledocolitotomía.Hepaticoyeyunostomía.
- Neoplasias hepáticas: Resección hepática mayor.
- Indicaciones, protocolo y técnicas de trasplante hepático.

ROTACIÓN UROLOGÍA

El residente ha de adquirir los conocimientos y habilidades en relación con:

- Anamnesis, exploración física del paciente y exámenes complementarios de la patología urológica más frecuente.

- Particularmente se capacitará para reconocer y resolver, si fuera necesario y al menos en primera instancia, los problemas urológicos urgentes más habituales. Así:

- Estado de sepsis de origen urológico, hematuria, retención urinaria, traumatismos urológicos y patología testicular urgente.

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

ROTACIÓN TRAUMATOLOGÍA

El residente deberá adquirir conocimientos y habilidades en relación con algunos problemas traumatológicos. Así:

- Anamnesis y exploración de un paciente con un presunto traumatismo del aparato locomotor.
- Diagnóstico radiológico.
- Valoración del pronóstico de una fractura y complicaciones que puedan presentarse.
- Inmovilización de urgencia de las fracturas: Reducción e inmovilización de las fracturas menos complejas y más frecuentes.
- Colocación de vendajes y enyesados de más frecuente utilización.

ROTACIÓN PARA LA FORMACIÓN EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

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

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

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

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

Actualmente los objetivos se cubren a través de un Curso obligatorio dentro del Plan de Formación Transversal en el primer año de residencia (PORTAL EIR) según las directrices determinadas previamente.

Rotaciones Opcionales

ROTACIÓN CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Dentro de las rotaciones opcionales y que se contemplan en el Programa Nacional de la Especialidad se haya la rotación por Cirugía Pediátrica. Dicha rotación es considerada muy recomendable para completar su formación. Su duración sería de un mes. Al finalizar la rotación por el Servicio de Cirugía Pediátrica, el residente debe estar en capacidad de enfocar al paciente pediátrico de forma global y conocer la fisiopatología, diagnóstico y terapéutica de los procesos quirúrgicos más frecuentes de la especialidad y que tienen afinidad con su especialidad de CGAD.

El residente deberá adquirir los conocimientos y destrezas en relación con:

- Anamnesis y exploración en la Cirugía Pediátrica
- Funcionamiento de la UGC de Cirugía Pediátrica.
- Exploración del niño en sus distintas etapas evolutivas (neonato, lactante, etc.).
- Malformaciones congénitas más frecuentes (labio leporino, fisura palatina, gastrosquisis, onfalocele).
- Quistes y fístulas cérvico-branquiales. Quiste tirogloso.
- Hernia inguinal. Hidrocele y quiste de cordón.
- Patología del ombligo (onfalitis, persistencia conducto onfalo-mesentérico, persistencia y quistes del uraco, hernia umbilical).
- Estenosis hipertrófica de píloro.
- Abdomen agudo en la infancia: Apendicitis, diverticulitis, peritonitis.
- Abdomen agudo en el lactante. Invaginación intestinal.
- Anomalías del descenso testicular (criptorquidias, ectopias).
- Escroto agudo (torsión testicular, orquitis, epididimitis).
-

ROTACIÓN NEUROCIRUGÍA

El residente deberá adquirir los conocimientos y destrezas en relación con:

- Anamnesis, exploración física y exámenes complementarios en el diagnóstico neuroquirúrgico.
- Particularmente se iniciará en la valoración y tratamiento básico de los traumatismos craneoencefálicos: Aplicación de la escala de Glasgow, valoración de la hipertensión intracraneal, patología vascular cerebral y sus indicaciones quirúrgicas.
- Iniciación a la técnica neuroquirúrgica.

Rotación por un Servicio de CGAD Nacional o Extranjero

Resulta especialmente enriquecedor que el residente de CGAD contemple la posibilidad de asistir durante un periodo de 1-2 meses en los dos últimos años de la residencia, a una unidad docente en CGAD en el extranjero o en otro centro nacional con acreditado nivel investigador y, que sea complementaria de la formación en una de las áreas de capacitación o interés singular de la especialidad en la que el residente haya mostrado especial interés. El Tutor de residentes deberá facilitar esta vía de ampliación de estudios y asesorar en las mejores opciones posibles en base a las necesidades y preferencias del residente. Es deseable que el residente contemple la posibilidad de un centro extranjero ya que le facilitará el perfeccionamiento del inglés tan necesario para estar al día en la práctica diaria.

Rotación por un Laboratorio de Investigación Básica e Investigación Animal

Dadas las características de esta rotación, no se puede establecer un periodo fijo de rotación ya que su disponibilidad estaría sujeta a la variabilidad de los estudios realizados en ese momento puntual en la Facultad de Ciencias de la Salud/Medicina de la Universidad de Cádiz. La asistencia sería voluntaria pero muy recomendable, en horario complementario al horario asistencial hospitalario. La posibilidad de establecer el inicio a la investigación como fundamento para futuras Tesis Doctorales sería un aliciente para el residente y un objetivo a inculcar.

6. GUARDIAS

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LA UNIDAD

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 la ORDEN SCO/1260/2007, de 13 de abril, por la que se aprueba y publica el programa de la especialidad: Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGAD), BOE núm. 110.

El personal de guardia de la UGC de Cirugía General de este Hospital incluye dos cirujanos adjuntos de presencia y un residente asignado según la distribución realizada por el Tutor de residentes, supervisado por el Jefe de Unidad. La guardia se inicia a las 8:00 de la mañana y a las 09:00 en días festivos, y tiene una duración de 24 horas.

El residente participará en los turnos de guardia de presencia física de la UGC durante los cinco años de la residencia con nivel de responsabilidad creciente.

Las actividades incluyen: Asistencia a los enfermos sobre los que se pide consulta desde el Servicio de Urgencia, contribuyendo a las decisiones de ingreso, alta, traslado u observación; realización de las intervenciones de urgencia (como 1er cirujano o ayudante según grado de complejidad) de los pacientes que lo precisen, tanto externos como internos; y atención continuada de los pacientes ingresados.

Particularmente importante es la realización de cuidadosas historias clínicas, incluyendo interrogatorio, examen físico, revisión de exploraciones complementarias, etc., hasta la formulación de un juicio sobre indicación o no de intervención quirúrgica urgente.

Las guardias tienen carácter obligatorio y formativo. Realizarán en general como mínimo 6 al mes, según el calendario de guardias de la Unidad y las normas vigentes ocupando el puesto nº 3 en el equipo.

Todos los días a las 8:00 horas se realiza una sesión de pase de guardia en la Sala de Sesiones Clínicas en la que los residentes/adjuntos salientes de guardia exponen al equipo de guardia entrante los pacientes pendientes de ingreso o de decisión, las intervenciones quirúrgicas realizadas y las incidencias sobre los pacientes hospitalizados.

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

Complementariamente a las guardias de Cirugía durante el 1er año los residentes realizarán las guardias de Servicio de Urgencias que se les designe y durante sus rotaciones externas realizarán las guardias obligatorias en dicha unidad.

7. SESIONES

SESIONES CLÍNICAS

Constituyen una auditoria clínica permanente y pueden considerarse una actividad científica en cuanto se ejercita la mentalidad crítica. El especialista en formación debe participar activamente en las mismas.

Además de servir como elemento básico de la formación del residente se procura que estas sesiones tengan un carácter eminentemente práctico y, en la medida de lo posible, mejoren y actualicen la práctica clínica de todos los miembros de la Unidad.

El calendario de las sesiones se confeccionará de forma trimestral previamente por el tutor de residentes de acuerdo con el director de la UGC.

SESIÓN DE URGENCIAS

Sesiones moderadas por el director de la UGC con exposición por el equipo saliente de guardia (esta actividad es desarrollada por el residente si finaliza la guardia) de los ingresos, intervenciones urgentes e incidencias de pacientes hospitalizados.

Periodicidad diaria a las 8.00 h.

SESIÓN CLÍNICA DIARIA DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES INGRESADOS A CARGO DE CIRUGÍA

Valoración evolutiva y programación quirúrgica.

HOJAS DE INTERCONSULTA

En las interconsultas no urgentes se valorará la historia clínica del paciente y las pruebas diagnósticas realizadas. Se presentará el caso en la sesión clínica diaria de cirugía valorando si precisa completar el estudio y su indicación quirúrgica.

SESIÓN DE VALORACIÓN PREOPERATORIA y de programación quirúrgica de los pacientes vistos en Consultas Externas pendientes de intervención o los pacientes hospitalizados más complejos.

Durante esta actividad semanal, se exponen los casos programados y se discuten pacientes susceptibles de intervención quirúrgica programada. El esquema de presentación incluye el diagnóstico, el procedimiento propuesto, grado de dificultad previsto, régimen de ingreso

(ambulatorio u hospitalización) y requerimientos específicos de preparación o colaboración de otras especialidades. Los casos más complejos, ilustrativos, contradictorios o simplemente más interesantes se presentarán al completo para ejercer de esta manera un mecanismo de actualización formativa; estos son los más adecuados a exponer por el residente.

Periodicidad semanal.

SESIÓN DE MORBIMORTALIDAD

Es esta una actividad en la que debe realizarse un análisis de la morbilidad, complicaciones y mortalidad de la Unidad, sobre todo de los casos más inusuales o inesperados. Ha de ser una discusión abierta y objetiva, haciendo una revisión crítica de los incidentes, discutir los eventos adversos y trasmitir la responsabilidad de proveer cuidados de alta calidad.

Periodicidad semestral.

SESIONES CONJUNTAS CON LAS UGC DE:

Anatomía Patológica y Oncología: Correlación clínico-patológica y control de calidad. Revisión de los informes histopatológicos de los pacientes intervenidos por patología tumoral. Valoración conjunta de los pacientes oncológicos y adecuación de tratamiento neo/coadyuvante.

Radiología intervencionista. Se consultará solicitando su colaboración en el diagnóstico y/o tratamiento de determinados casos clínicos que así lo requieran.

SESIÓN MULTIDISCIPLINARIA:

Patología quirúrgica de Mama, Enfermedad Inflamatoria Intestinal y Tumores Digestivos. En colaboración con las UGC de Digestivo, Radiología, Anatomía Patológica y Oncología. Periodicidad semanal.

- R3 asistirá a Comité de Mama.

- R4 asistirá a Comité de Enfermedad Inflamatoria.

- R5 asistirá a Comité de Tumores Digestivos.

SESIÓN CIENTÍFICO/BILIOGRÁFICA. Periodicidad quincenal.

• Sesión impartida por los residentes.

• Participan el director de la UGC y los tutores de la especialidad (abierta a todos los adjuntos).

- Actualización de un tema y/o presentación de casos clínicos interesantes o inusuales que surgen en la práctica clínica. Se valorará el enfoque diagnóstico: Pruebas complementarias y

secuencia de las mismas (uso racional de recursos), diagnóstico diferencial y planteamiento terapéutico.

- El residente encargado de la sesión y al que previamente se la habrá comunicado el tema deberá preparar una actualización presentada en Power Point.
- Científica / Teórica del tema y actualización bibliográfica del mismo (aportando trabajos bibliográficos de los últimos 10 años).

La asistencia de los residentes a todas las sesiones de la Unidad es obligatoria (salvo que coincida con las actividades docentes para EIR organizadas por la Comisión de Docencia o se encuentren en Rotación Externa).

SESIONES GENERALES DEL HOSPITAL PARA RESIDENTES (SESIÓN HOSPITALARIA)

Presentación de casos clínicos por parte de los residentes de las distintas especialidades. Los residentes de cirugía, de forma sucesiva, prepararan el tema designado bajo la supervisión de los tutores de la especialidad. Periodicidad mensual (Organizado por la Comisión de Docencia)

SESIONES ESPECÍFICAS PARA R1 (ORGANIZADAS POR LA COMISIÓN DE DOCENCIA)

Son de asistencia obligatoria para los R1 de todas las especialidades. Impartidas por adjuntos de las distintas Unidades. El temario está enfocado a dar una visión general y practica de las distintas urgencias médico- quirúrgicas

8. CURSOS

PROGRAMA DE FORMACIÓN DEL PORTAL EIR:

http://www.portaleir.es/

8.A Programa de Formación en Competencias Transversales (PFCT) (OBLIGATORIOS)
De acuerdo al Decreto 62/2018 por el que se ordena el sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
(https://juntadeandalucia.es/boja/2018/48/3)

El modelo de formación de especialistas en ciencias de la salud del Sistema Sanitario Público de Andalucia ha venido contemplando desde el año 2002 la existencia de un programa de formaciónen competencias transversales dirigido a la totalidad de los especialistas en formación del SSPA.

Tras la experiencia derivada del desarrollo del Programa desde sus inicios y teniendo en cuenta que la mayoría de los Programas Nacionales de las Especialidades han ido incorporando en sus actualizaciones las competencias contenidas en el mismo, parece oportuno aprovechar el momento para impulsar el proceso de adaptación del Programa Transversal.

En este sentido, se realizó la adaptación del programa hacia nuevos planteamientos pedagógicos que se adaptan mejor al contexto de la formación de especialistas y que desarrolla los contenidos esenciales de carácter común en el conjunto de las especialidades.

Los contenidos del programa se integran en 4 Módulos:

Módulo 1
Bioética y profesionalismo.
Módulo 2
Comunicación asistencial y trabajo en equipo
Módulo 3
Metodología de la investigación
Módulo 4
Asistencia basada en la evidencia y calidad

8.B Programa de Formación en Competencias Específicas (PFCE)

Pretende facilitar la adquisición de competencias específicas esenciales y nucleares a los y las Especialistas Internos Residentes que están realizando sus respectivos programas de especialidades en nuestra comunidad autónoma.
El programa consta de diferentes acciones formativas con formatos de aprendizaje diversos en función de la naturaleza de las competencias a adquirir, pivotando en lo posible en lo virtual y añadiendo metodología presencial para aquéllas competencias en el ámbito de las habilidades.
Todas ellas se llevarán a cabo por la línea IAVANTE de la Fundación Progreso y Salud.
El formato de matriculación es descentralizado, a través de las Jefaturas de Estudios y Comisiones de Docencia.

CURSOS IAVANTE (PORTAL EIR):

- Suturas.
- Laparoscopia básica.
- Laparoscopia avanzada.

La Asociación Española de Cirujanos, a través de sus secciones ha iniciado una serie de cursos que engloban en su mayor parte las recomendaciones genéricas del programa nacional de la especialidad, siendo considerados obligatorios. Se organizan anualmente, y la fecha en la que se celebran es variable. Suelen organizarse en múltiples centros en diferentes partes de la geografía para facilitar que el residente pueda asistir.

Se accede a su inscripción a través de la página web www.aecirujanos.es.

- Curso de Formación en Cirugía Endoscópica para MIR.
- Curso Cirugía de la Hernia inguinal. Hospital de Getafe. Noviembre. MIR 1.
- Curso Formación en Cierre de pared abdominal. MIR 1.
- Curso de Proctología para residentes. MIR 3 y 4.
- Curso de Formación en Patología de la Mama para MIR de Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGAD) y Especialistas Quirúrgicos. MIR 1-3 (Básico) y 4-5 (Avanzado).
- Curso Cirugía de Urgencias. Marzo. MIR 4.
- Curso de Cirugía Esofago-Gástrica para residentes. Febrero a Abril MIR 4 y 5.
- Curso de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática para residentes. Noviembre. MIR 4 y 5.
- Curso de Cirugía Endocrina para residentes. Abril. MIR 4 y 5.
- Curso de Cirugía Torácica. MIR 4 y 5.

9. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN/TRABAJOS DE CAMPO

DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN EN LA ESPECIALIDAD

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

La formación en investigación no debe realizarse lejos de la clínica. Parece más apropiado que el residente se familiarice con lo que representa la investigación clínica desde el inicio de su formación para, a continuación, vivir día a día la práctica clínica con una mentalidad investigadora. Este proceso educacional debe adquirirse en un ambiente profesional ejemplar en este sentido. Por ello, debe tenerse en cuenta la actividad científica contrastada como un criterio básico para acreditar las unidades docentes. Así, el especialista en formación, al entrar a formar parte de estos grupos de

trabajo, irá adquiriendo una mentalidad investigadora y aprenderá a focalizar temas de investigación o innovación.

CONOCIMIENTOS TRANSVERSALES EN EL ÁMBITO DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

Conocimientos en Metodología de la Investigación:

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

Conocimientos de Bioética:

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

Conocimientos de gestión clínica y calidad asistencial:

- Importancia de la gestión clínica como forma de asumir las decisiones de utilización de recursos por parte de los profesionales. - Indicadores asistenciales. - La gestión de procesos asistenciales. Importancia de la protocolización de procesos en vías clínicas (clinical pathway), el papel de los sistemas de información clínica y de los sistemas de clasificación de pacientes (GRDs). - El plan de calidad de un servicio clínico. Las comisiones clínicas. El Modelo Europeo de Excelencia para la gestión de la calidad total (European Foundation Quality Management). - Los costes del sistema sanitario. La limitación de recursos y la eficiencia en las actuaciones médicas.

La adquisición de los conocimientos citados en los apartados anteriores se adquirirá a través de cursos/seminarios durante los primeros años de la especialidad (PORTAL EIR).

ACTIVIDAD CIENTÍFICA

Las actividades científicas incluyen la preparación de publicaciones escritas, de comunicaciones orales y ponencias a reuniones y congresos y la participación en las sesiones de la Unidad y/o Sesiones generales del hospital. Al final del periodo formativo el residente deberá contar con un mínimo de 6 publicaciones escritas o admitidas para publicación (en al menos 2 de ellas figurará como primer firmante) y haber colaborado, al menos, en 10 comunicaciones a congresos. Estas actividades deberán constar en el libro del residente.

Se establece que al menos durante su periodo de formación comience un proyecto de tesis doctoral y que puede basarse en los diferentes proyectos de investigación que estén en desarrollo en la Unidad.

10. EVALUACIÓN

A. SUPERVISIÓN DEL APRENDIZAJE

El tutor de residentes suele ser un miembro de la Unidad, habitualmente un adjunto joven, por aquello de la proximidad, ya sea jerárquica o por edad, y casi siempre presentado de forma voluntaria, de ahí la importancia del entusiasmo que precisa este cargo.

El listado de funciones, según el MAPA DE COMPETENCIAS DEL TUTOR DE LOS ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA. Diciembre 2004 (Consejería de Salud. Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento) es el siguiente:

-METODOLOGÍA PEDAGÓGICA: Imparte y coordina actividad docente, delimita con claridad contenidos del programa formativo, favoreciendo la responsabilidad progresiva en la tarea asistencial y propone medidas de mejora.

-EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN: Detecta necesidades formativas individualizadas y establece mecanismos de mejora del aprendizaje continuo.
-MOTIVACIÓN Y GESTIÓN DE PERSONAS: Establece estrategias de implicación individualizada con cada especialista en formación.

-TÉCNICAS DE TRABAJO EN EQUIPO: Favorece la participación activa y equitativa de los miembros del equipo y estimula el desarrollo de iniciativas.

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

- TÉCNICAS DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: Establece el aprendizaje de búsqueda de información, análisis crítico de la misma, extracción de conclusiones y estrategias de aplicación.

- GESTIÓN DEL TIEMPO: Enseña a diferenciar las tareas según la prioridad (urgente, importantes, delegables) y de establecer un timing (secuenciación en el tiempo).

-CAPACIDAD DE COMUNICACIÓN Y HABILIDAD NEGOCIADORA Y DIPLOMÁTICA: Desarrolla técnicas de comunicación asertiva y de gestión positiva de conflictos.

B. PROCESO DE EVALUACIÓN DEL RESIDENTE

La evaluación de los residentes se hace siguiendo la normativa vigente (RD 183/2008) y siguiendo las instrucciones actualizadas por el ministerio (https://www.boe.es/eli/es/res/2018/03/21/(6))

La evaluación de los y las especialistas internos residentes (EIR) constituye un elemento esencial de la formación especializada y se realizará según la normativa vigente en la actualidad, siguiendo las directrices básicas corre que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación, publicada en el «Boletín Oficial del Estado», y de acuerdo con lo establecido en el artículo 109.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Así, la evaluación del proceso de adquisición de las competencias profesionales durante el período de residencia se realizará mediante la evaluación formativa y la evaluación sumativa (anual y final).

La evaluación formativa persigue evaluar el progreso en el aprendizaje del EIR, medir la competencia adquirida en relación con los objetivos del programa de formación de la especialidad e identificar las áreas y competencias susceptibles de mejora. Los principales instrumentos para su realización son el Libro del Especialista en Formación (LEF), y la entrevista periódica entre tutores o tutoras y EIR, de carácter estructurado, semiestructurado o libre y frecuencia mínima trimestral, las cuales servirán de base para la elaboración de los informes de evaluación formativa.

La evaluación sumativa anual, por su parte, tiene la finalidad de calificar los conocimientos, habilidades y actitudes de las actividades formativas asistenciales, docentes e investigadoras

realizadas conforme al plan individual de formación, al finalizar cada uno de los años que integran el programa formativo de la especialidad.

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

Por último, la evaluación del y la EIR a su proceso formativo se realizará mediante una encuesta anónima anual autonómica en la que se evaluarán aspectos generales y específicos del centro docente, unidad docente, Comisión de Docencia y jefatura de estudios, jefatura de unidad docente y tutor-tutora, con el objeto de establecer un proceso de mejora continua de la formación especializada.

En los siguientes apartados se detallan cada uno de estos aspectos, así como los criterios de homogenización del proceso de evaluación en el SSPA.

1) Evaluación formativa

A. DEL LIBRO DEL RESIDENTE

El Libro del residente constituye el documento en el que se registra la actividad en la que participa la persona especialista en formación conforme a lo previsto en su Plan Individual Anual de Formación. Así mismo recoge y almacena la documentación que acredita, si ello fuera necesario, la realización de tales actividades. A la finalidad descrita cabría poder añadirse la de trazador de la actividad formativa, en el supuesto de no contar con un itinerario tipo o de un plan individual de formación suficientemente preciso o desarrollado.

Este instrumento es el resultado natural del sistema de información y gestión de los recursos docentes en la medida en que, iniciado con el Plan Individual de Formación anual, la o el especialista en formación va progresando en las etapas fijadas en éste, incorporando, de ser

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

necesaria, la documentación que acredita el cumplimiento de cada hito allí previsto, hasta cubrir en su totalidad los compromisos fijados para su aprendizaje.

Por tanto, la estrategia definida para el Modelo de Formación de Especialistas en Ciencias de la Salud de Andalucía se dirige a diferenciar nítidamente las funciones de definición y seguimiento de la ruta formativa del especialista en cada una de sus fases, de las de registro o bitácora que el Libro de Residente desempeña. De este modo tiene pleno sentido la secuencia funcional que se inicia con la definición de la guía o itinerario formativo tipo, y continúa con la del plan individual anual de formación, la ejecución de las actividades y previsiones del mismo, la captura de datos y la consignación de los mismos en el Libro del Residente.

El libro del residente constituye un elemento nuclear en la formación del residente del SSPA, pues en él se reflejan todas las actividades que se realizan, se da lugar a la reflexión, al autoaprendizaje, a la autocrítica, y a la detección de gaps formativos o de habilidades. Se consigna obligatoriamente en el 100% de su contenido, y se monitorizará en todas las entrevistas trimestrales. Se incluirá también en la evaluación sumativa anual, incorporando la cultura de la evaluación sumativa discriminante del libro del residente en todos los tutores. De esta forma cada anualidad formativa compondrá un capítulo del libro del residente, que se abrirá al inicio y se cerrará y evaluará al final de la anualidad formativa.

Se definirá un formato unificado de libro del residente para cada una de las especialidades en toda la Comunidad Autónoma, con el objeto de homogenizar la recogida de actividades de todos los EIR de cada programa formativo. En esta definición participarán tutores y EIR de cada una de las especialidades que cuentan con programa de formación en el SSPA.

B. DE LAS ENTREVISTAS FORMATIVAS TRIMESTRALES

Las entrevistas formativas trimestrales entre el tutor y el EIR a su cargo constituyen potentes instrumentos de evaluación formativa. En ellas, en formato semiestructurado o libre el tutor supervisa la marcha de la ruta formativa conforme al Plan Individual Formativo Anual, comprueba la realización de las actividades mediante la revisión del Libro del Residente, detecta

posibles desviaciones o gaps, y recibe impresiones del EIR, generándose un *feed-back* mutuo que potencia el aprendizaje. Entre estas tiene especial relevancia la que se lleva a cabo durante el mes de junio de cada anualidad, pues en ella se transmite el resultado de la evaluación sumativa anual al residente incidiendo en las áreas de mejora y las áreas completadas con éxito, por una parte, y se elabora y pacta el plan formativo individual para la anualidad siguiente. Las entrevistas trimestrales se consideran de obligado cumplimiento, siendo la responsabilidad de que se produzcan del tutor.

Las entrevistas trimestrales podrán modificar diferentes aspectos del PIF, a tenor de las circunstancias particulares de la trayectoria del EIR, y en un formato consensuado con el tutor.

1) Evaluación sumativa de rotaciones y evaluación anual:

A. *EVALUACIÓN DE LAS ROTACIONES*

Cuantitativa (1-10)	Cualitativa
1-2	**Muy insuficiente.** lejos de alcanzar los objetivos de la rotación. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondiente.
3-4	**Insuficiente.** No alcanza todos los objetivos de la rotación, pero se acerca. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondiente.
5	**Suficiente.** Alcanza los objetivos de la rotación.
6-7	**Bueno.** Alcanza los objetivos de la rotación, demostrando un nivel superior en algunos de ellos.
8-9	**Muy bueno.** Domina todos los objetivos de la rotación.
10	**Excelente.** Muy alto nivel de desempeño, respecto a los objetivos de la rotación. Sólo alcanzan esta calificación un número limitado de residentes. Se valorará de acuerdo con la experiencia del colaborador docente con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores de residentes, calificados como muy bueno.
NA	No se aplica de acuerdo con los objetivos planteados.

Las rotaciones constituyen uno de los aspectos nucleares en el itinerario de los y las EIR, para la adquisición de todas las competencias necesarias del área de conocimiento de sus respectivas especialidades. La evaluación rigurosa y sistematizada de los mismos, por tanto, es una responsabilidad de todos los actores docentes desde tutores hasta facultativos colaboradores con los que rotan los y las EIR.

Las jefaturas de estudio trabajarán con todos los tutores/as y colaboradores/as docentes pertenecientes a su comisión de docencia, exponiéndoles los criterios de evaluación y la importancia que tiene la objetividad en el uso de los mismos.

Por parte de la Dirección del Plan Estratégico de Formación Integral se habilitará una hoja específica informatizada de acuerdo a la normativa, que se pondrá a disposición de las figuras docentes para la cumplimentación y facilitación del autocálculo en la evaluación de rotaciones.

B. *EVALUACIÓN ANUAL*

La Calificación Global Anual del Residente incluirá la ponderación de los informes de rotaciones, actividades complementarias y la calificación del tutor, basada en sus conclusiones de la evaluación formativa del periodo anual (entrevistas trimestrales y libro del residente) y, excepcionalmente, de informes de jefes asistenciales que puedan requerirse.

a) **ROTACIONES:**
La calificación obtenida en cada rotación se ponderará de acuerdo a su duración mediante la siguiente fórmula:
(DURACIÓN (en meses) x CALIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN) / 11 MESES

b) **SUMATORIO ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS** (máximo 1 punto)

c) **CALIFICACIÓN DEL TUTOR:**

Cuantitativa (1-10)	Cualitativa
1-2	**Muy insuficiente.** Lejos de alcanzar los objetivos anuales. Deben proponerse áreas de mejora
3-4	**Insuficiente.** No alcanza todos los objetivos anuales, pero podrían alcanzarse con un periodo complementario de formación. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondiente y sugerir la duración del periodo complementario.
5	**Suficiente.** Alcanza los objetivos anuales.
6-7	**Bueno.** Alcanza los objetivos anuales, demostrando un nivel superior en algunos de ellos
8-9	**Muy bueno.** Domina todos los objetivos anuales.
10	**Excelente.** Muy alto nivel de desempeño durante el año formativo. Sólo alcanzan esta calificación un número limitado de residente s. Se valorará de acuerdo con la experiencia del tutor con los resultados de la

	promoción o con otras promociones anteriores residente s, calificados como muy bueno.

CALIFICACIÓN GLOBAL ANUAL DEL RESIDENTE:

[(a X 65) + (c X 25)] / 90 + b (máx. 1 punto)

Cuando la suma de los periodos de suspensión de contrato sea mayor del 25% de la jornada anual, el tutor deberá proponer al Comité de Evaluación una EVALUACIÓN ANUAL NEGATIVA RECUPERABLE o, si el periodo de suspensión es superior a 6 meses podrá proponer la repetición del año de formación.

El Comité de evaluación decide la calificación anual del residente basándose en el Informe Anual del Tutor. Se calificará de 1 a 10 según el siguiente cuadro. Una evaluación negativa de los ítems del apartado A de un informe de rotación, conllevará necesariamente una propuesta de evaluación negativa recuperable por insuficiente aprendizaje.

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

3) Evaluación final

La evaluación sumativa final se realiza cuando el residente termina el último año de la especialidad, en el mismo comité de evaluación comentado previamente. El comité de evaluación

a la vista del expediente completo de todo el periodo de residencia, otorgará a cada residente la calificación final.

Se ponderarán las evaluaciones anuales para el cálculo de la evaluación final de acuerdo a la progresiva asunción de las responsabilidades inherentes al ejercicio profesional de la especialidad que el residente asume a medida que progresa en su formación. Se calculará la media ponderada.

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

- **POSITIVA:** cuando el residente ha adquirido el nivel de competencias previsto en el programa oficial de su especialidad, lo que le permite acceder al título de especialista. La media de las calificaciones del residente está entre 5 y 7,5.

- **POSITIVA DESTACADO:** cuando el residente domina el nivel de competencias previsto en el programa oficial de su especialidad y ha destacado por encima de la media de los residentes de su especialidad, de su promoción o de promociones anteriores. La media de las calificaciones del residente es mayor de 7,5.

- **NEGATIVA:** cuando el residente no haya alcanzado el nivel mínimo exigible para que pueda obtener el título de especialista. No podrá evaluarse negativamente a aquellos especialistas en formación que hayan obtenido una evaluación positiva en todos los años del período de residencia. La media de las calificaciones del residente es menor de 5. En los documentos de evaluación del residente que sea evaluado negativamente debe estar acreditada la falta de aprovechamiento y las medidas que el tutor haya puesto en marcha para solventarlas y su carencia de resultado.

4) Encuesta de evaluación del EIR a su formación

La Comunidad Autónoma a través del Plan Estratégico de Formación Integral habilitará una encuesta anual en la que los y las EIR evaluarán su formación. Esta encuesta será multidimensional e incorporará necesariamente la evaluación del tutor, del jefe de la unidad docente, de la unidad docente, de la Comisión de Docencia y del Centro Docente, además de

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

aspectos concretos de guardias y jornadas de atención continuada, y elementos de la anualidad formativa sobrevenida.

La encuesta se habilitará durante los meses de abril y mayo. Posteriormente se analizará global y desagregadamente, publicándose el análisis entre los meses de septiembre y octubre. Constituirá un elemento clave de comparación y mejora en la formación especializada de la Comunidad Autónoma.

Se habilitarán elementos docentes que incentiven la cumplimentación de la misma por parte de los y las EIR.

C.PROCESO DE EVALUACIÓN DEL TUTOR

Según el artículo 10.2 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, la tutoría tiene carácter de gestión clínica y como tal debe de ser evaluada.

La evaluación de los tutores se realizará a través de:

-Una memoria anual en la que consten los planes individualizados de formación, la memoria de actividades del residente, copia de las actas de las reuniones tutor-residente e informes de la evaluación formativa.

D. PROCESO DE EVALUACIÓN DE LA UNIDAD DOCENTE

La evaluación del MIR a su proceso formativo se realizará mediante una encuesta anónima anual autonómica en la que se evaluarán aspectos generales y específicos del centro docente, Unidad Docente, Comisión de Docencia, Jefatura de Estudios, jefatura de Unidad Docente y tutor/a, con el objeto de establecer un proceso de mejora continua de la formación especializada.

11. BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA (Por orden alfabético/ Área de capacitación y autor/es)

TRATADOS Y ATLAS DE CIRUGIA

- BAKER. El Dominio de la Cirugía. Volumen 1 y 2. 4ª Ed. 2004.
- BAUE. Multiple Organ Failure: Pathophysiology, Prevention and Therapy. 1º Ed. 2000.
- CAMERON. Atlas of Gastrointestinal Surgery. 2ª Ed. 2009.
- CAMERON. Current Surgical Theraphy.12º Ed. 2016.
- DOHERTY. Current Essentials of Surgery. 13 ª Ed. 2011.
- Encyclopédie médicale-chirurgicale. Elsevier Masson.
- FEIG. The M.D. Anderson Surgical Oncology Handbook. 5ª Ed. 2012.
- KLINGENSMITH. The Washington Manual of Surgery. 7ª Ed. 2016.
- MAINGOT. Abdominal operations. 11º Ed. 2008.
- NETTER. Atlas de Anatomía Humana. 6º Ed. 2015.
- NYHUS. EL DOMINIO DE LA CIRUGÍA. 4º Ed.2003.
- PARRILLA. Manual de Cirugía de la AEC. 2º Ed. 2010.
- SABISTON. Tratado de cirugía: Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna.Vol. 1 y 2. 20ª Ed. 2017.
- SCHWARTZ. Principios de cirugía. 10ª Ed. 2015.
- SILEN. Cope´s early diagnosis of the acute abdomen. 22ª Ed. 2010.
- SKANDALAKIS. Cirugía: Bases de la anatomía quirúrgica. 2015.
- TROIDL. Surgical research. Basic principles and clinical practice. 3ª Ed. 2012.
- WAY. Current Surgical. 11ª Ed. 2003.
- ZOLLINGER. Atlas of surgical operations. 9ª Ed. 2012.
- ZUIDEMA. Shackelford. Cirugía del Aparato Digestivo. 6ª Ed. 2007.

GUÍAS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUJANOS

- ALMEIDA. Guía de cirugía endoscópica de la AEC.
- ALVAREZ. Cirugía de la pared abdominal.
- CARBONELL. Hernia inguinocrural. 1ª Ed. 2001.
- CASANOVA. Cirugía hepática.
- GUIRAO. Infecciones quirúrgicas.2006.
- JAURRIETA. Manual de cirugía de la AEC.
- LLEDÓ. Cirugía colorrectal.
- MARTIN. Cirugía de la obesidad mórbida. 2007.
- RUIZ. Gestión clínica en cirugía.2005.
- SIERRA. Cirugía de la mama.2006.
- SITGES- SIERRA. Cirugía endocrina. 1ª Ed. 1999.
- TARGARONA. Cirugía Endoscópica. 2001.

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

CIRUGIA COLORRECTAL

- CORMAN. Corman´s colon and rectal surgery. 6º Ed. 2013.
- DELANEY Operative Techniques in Laparoscopic Colorectal Surgery.2º Ed. 2007.
- FAZIO. Current therapy on colon and rectal surgery. 3º Ed. 2016.
- FAZIO. Atlas of intestinal stomas. 1º Ed. 2012.
- FLESHMAN. Atlas of surgical techniques for colon, rectum and anum. 1º Ed. 2012.
- GORDON. Principles and practice of surgery for colon, rectum and anum. 3ª Ed. 2007.
- ORTIZ. Cirugía colorrectal. 2012. (Guía de la EAC).
- PHILIPS R. Modern coloproctology. 1ª Ed. 1993
- PUNTAMBEKAR. Jaypee´s video atlas of laparoscopic colorectal surgery. 1º Ed. 2012.
- STEELE. The ASCRS textbook of colon and rectal surgery. 3º Ed. 2016.
- WEXNER. Colon and rectal surgery. Abdominal operations (Master techniques in surgery). 1º Ed. 2017.
- WEXNER. Colon and rectal surgery. Anorectal operations. 1º Ed. 2017.

CIRUGIA ENDOCRINA

- CLARK. Textbook of Endocrine Surgery. 3º Ed. 2016
- FARNDON. A companion to specialist surgical practice: Endocrine surgery. 2ª Ed. 2002
- SCHWARTZ. Endocrine surgery. 2ª Ed. 2017.

CIRUGIA ESOFAGOGASTRICA

- CASTELL/ RICHTER The Esophagus. 5º Ed. 2012.
- CLÍNICAS QUIRÚRGICAS DE NORTEAMÉRICA año 2005. Números monográficos
- GRIFFIN. Oesophagogastric surgery. 5ª Ed. 2013.
- NUSSBAUM.Gastric surgery. Master techniques in surgery. 1º Ed. 2017.
- PARRILLA. Cirugía esofagogástrica. 1ª Ed. 2001. (Guía de la EAC)
- PEARSON. Esophageal Surgery. 2ª Ed. 2002.

CIRUGIA HEPATOBILIOPANCREATICA

- BLUMGART. Surgery of the liver, biliary tract and pancreas. 5ª Ed. 2012.
- CASANOVA. Cirugía hepática. 2008. (Guía de la EAC).
- GARDEN. Hepatobiliary and pancreatic surgery. A companion to specialist Surgical practice. 5º Ed. 2013.
- LYGIDAKIS C. Hepatobiliary and pancreatic malignancies: Diagnosis, medical and surgical management. 2ª Ed. 1992.

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

- PORRERO. Cirugía Mayor Ambulatoria. 2ª Ed. 2002. (Guía de la EAC).

CIRUGIA PARED ABDOMINAL Y HERNIAS

- NOVITSKY. Hernia surgery: Current surgery. 1º Ed. 2016
- PORRERO. Cirugía de la pared abdominal. 1ª Ed. 1997.
- RAJKUMAR. Laparoscopic hernia surgery. Vol. 4. 1º Ed. 2015.

CIRUGÍA DE URGENCIAS

- ELLIS HAMILTON/BAILEY. Emergency Surgery. 13ª Ed. 2000.
- JOVER. Cirugía del paciente politraumatizado. 1ª Ed. 2001. (Guía de la AEC).
- LOPEZ. Cirugía de Urgencias. GATCU. ISBN: 978-84-606-9616-2.2015.
- VARGAS DOMINGUEZ. Cirugía menor de Urgencias. 2ª Ed. 2005.

TRASPLANTE HEPATICO

- BERENGUER-PARRILLA. Trasplante hepático. 2ª Ed. 2008.
- BUSUTTIL. Transplantation of the liver. 3ª Ed. 2015.

OTRAS ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS Y TEMAS

- RUTHERFORD.Vascular Surgery. 2 tomos. 8º Ed. 2014. Próxima publicación de 9º Ed. (Junio 2018).
- MOTULSKY. Intuitive Biostatistics.A nonmathematical guide to statistical thinking by Harvey Motulsky. 2ª Ed. 2009.

PÁGINAS WEB DE CIRUGÍA

Mostramos a continuación un listado de direcciones útiles en internet acerca de sociedades, revistas, utilidades… relacionadas con la medicina y con la cirugía en particular. Recogemos una selección de los más interesantes. Cada uno de vosotros deberá ir formando su propia colección de recursos en internet.

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

- www. ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi: Página de la National Library of Medicine para la búsqueda bibliográfica en la base de datos Medline. Inglés
- www.cohrane.es: Medicina basada en la evidencia. Español.
- www.thecochranelibrary.com
- www.tripdatabase.com
- www. guidelines.gov: Web de National Guideline Clearinghouse. Guias de prçáctica clínica basadas en la evidencia. Inglés.
- www.fisterra.com: Formación continuada en medicina y cirugía. Cursos on line gratis. Español.

DOCENCIA

- http://aischannel.com: Plataforma líder en línea para el aprendizaje quirúrgico, el intercambio y la discusión. Visualización "real time surgery". Inglés
- www.azago-surg.com: Web del Centro Hospitalario de Luxemburgo. Videos de intervenciones, cursos… Inglés
- www.websurg.com: Videos de intervenciones quirúrgicas. Inglés.
- www.laparoscopy.net: Manual de laparoscopia con descripción de técnicas. Inglés.
- www.cirugest.com: Web de cirugía General.
- www. univadis.es: Web de MSD. Infomación cirugía. Congresos, cursos.Español.
- www.portalesmedicos.com/portalcirugiageneral
- www.gastrointestinalatlas.com. Atlas de video endoscopia gastrointestinal. Español.

ASOCIACIONES Y SOCIEDADES MÉDICAS/QUIRÚRGICAS

- www.aecirujanos.es: Web oficial de la Asociación Española de Cirujanos con acceso a las publicaciones de la Asociación, noticias de interés, enlaces, formación quirúrgica continuada, acceso a Medline, Revista Cirugía Española… Español.
- www.asacirujanos.es: Web de la Asociación Andaluza de Cirujanos. Español.
- www.seco.org: Web de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad. Español.
- www.asecma.es: Web de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria. Español.
- www.sets.es. Web de la sociedad española de transfusión sanguínea con Infomación sobre la donación, legislación…Español.
- www.sedar.es: Web de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Español.
- www.guiagastro.net: Guías clínicas en gastroenterología de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG), la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) y el Centro Cochrane Español (CCE). Español.

CANCER

- www.cancer.gov: Web de la National Cancer institute. Inglés.
- www.oncolink.com: Docencia profesional (tratamientos oncológicos postquirúrgicos, desarrollo sistemático de ensayos clínicos…).

REVISTAS

- www.bjs.co.uk: Web de la revista British Journal of Surgery. Inglés.
- www.annalsofsurgery.com: Web de la revista Annals of Surgery. Inglés.

- World Journal of Surgery
- American Journal of Surgery.
- Journal of the American College of Surgery.
- Annals of Surgical Oncology.
- Archives of Surgery.
- Surgical Endoscopy.
- Current Problems in Surgery.
- Colorectal disease.
- Chirurgie Viscerale.
- Obesity Surgery.
- Disease of the Colon and Rectum.
- Gastroenterology.
- Cirugía Española.
- Revista Española Enfermedades Digestivas.
- Journal of Trauma.
- Surgery.

12. PLAN INDIVIDUALIZADO FORMACIÓN

Se adjunta anualmente a la Plataforma EIR (www. portaleir.es) y se entrega de forma individualizada a los residentes de los diferentes años de formación.

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo