



	<b>GUIA FORMATIVA DE RESIDENTES</b>	Anexo 7
EDICIÓN : 1		Fecha elaboración:

# GUÍA FORMATIVA DEL RESIDENTE DE LA UNIDAD DOCENTE DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO

## HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME

Jefe de Unidad Docente : Pablo Martínez García

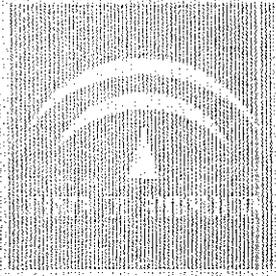
Tutor: Pablo Parra Membrives

Actualizado: Marzo de 2015

Aprobado en Comisión de Docencia con fecha  
30 de Abril de 2015



M<sup>a</sup> Dolores Alguacil Herrero  
Directora Gerente



## Bienvenido.

Has elegido cursar tus próximos 5 años de residencia en nuestro Hospital y has decidido ser cirujano. En tu caso tal vez no haya sido una decisión tan difícil, pero aun así se trata, probablemente, de una de las decisiones más importantes de tu vida y espero que al final de tu periodo de aprendizaje continúes opinando que fue la elección adecuada.

El periodo de residencia va a exigir de ti mucho trabajo y mucha dedicación, pero también obtendrás muchas satisfacciones cuando compruebes día a día que tus conocimientos van creciendo, tus habilidades quirúrgicas aumentan y que comienzas a formar parte de una profesión después de un camino iniciado hace muchos años. Ya tienes mucho camino recorrido pero recuerda que aún es mas el que te queda por recorrer. Intenta partir de cero y llenar tu libro de conocimientos como si estuviera en blanco, pues de todos y de todo se puede aprender

En las próximas páginas te ofrecemos algunos datos de interés para que te sirvan de orientación en tus primeras semanas en nuestro Centro Hospitalario y en nuestro Servicio, hasta que te familiarices con el entorno y con tus compañeros de trabajo.

Mucha suerte y de nuevo bienvenido

Dr. Pablo Martínez García  
Membrives  
Jefe de Servicio  
Residentes

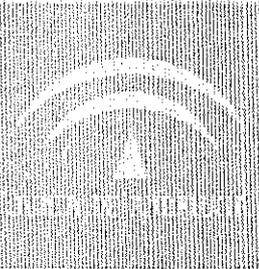
Dr. Pablo Parra  
Tutor de

## 1. Algunos datos del Área Hospitalaria de Valme

El Hospital Universitario de Valme nace como un proyecto de la Diputación Provincial de Sevilla a comienzos de los años 70, siendo posteriormente transmitido a la Seguridad Social para continuar el proyecto.

La inauguración del edificio del Hospital, lejos aún de cómo hoy lo conocemos, se produce el 13 de Marzo de 1982. El nombre del centro hace alusión a la Virgen de Valme, patrona de la ciudad de Dos Hermanas, muy vinculada con el Hospital.

El Servicio Andaluz de Salud divide sus centros hospitalarios en Hospitales Regionales, Hospitales de Especialidades, Hospitales Comarcales y Centros Hospitalarios de Alta Resolución en función de sus camas y dotación decreciente. Valme es un Hospital de Especialidades que presta servicios como centro asistencial, como centro docente de formación pregrado y postgrado y como centro investigador. El Catálogo Nacional de Hospitales del Ministerio de Sanidad lo sitúa con 606 camas, como 4 Hospital de Especialidades de Andalucía



por número de camas, y como tercer Hospital de Sevilla en tamaño detrás de Virgen del Rocío y Virgen Macarena. El número real de camas puede variar de un año a otro en función del número de habitaciones abiertas. La última memoria hospitalaria de 2013 sitúa al hospital de Valme con 497 camas de hospitalización (y otras 77 en el Hospital El Tomillar que pertenece a su área) y su estructura de funcionamiento se ha dividido en 6 Unidades de Gestión Clínica (algunas agrupan más de una especialidad)

Al núcleo inicial del Hospital de Valme se han ido añadiendo otras estructuras que globalmente forman el llamado Área Hospitalaria de Valme, y desde el año 2014, cuando se le han unido los centros de salud que se interrelacionan con el, el **Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla**. Los centros adscritos al Hospital Universitario Virgen de Valme son el Hospital de El Tomillar en Dos Hermanas (desde 1991), el Centro Periférico de Especialidades "Santa Ana" en Dos Hermanas, el Centro periférico de Especialidades "Ntra. Sra. del Águila" en Alcalá de Guadaíra y el Centro Periférico de Especialidades "Inmaculada Concepción" en Morón de la Frontera. Los centros de salud que pertenecen al área de Gestión Sur y que por tanto derivan sus pacientes para Atención Especializada al Hospital de Valme son los de Alcalá de Guadaíra, Dos Hermanas, El Arahal, Las Cabezas de San Juan, Lebrija, El Cuervo, Los Palacios, Montellano, Utrera, Morón de la Frontera y Los Alcores

En el Hospital trabajan unos 2736 personas de las que 636 son médicos, 1364 enfermeros y existen unos 180 residentes médicos (número que varía según el año). Ayudarás a atender una población de 353.553, ciudadanos de 16 localidades (Alcalá de Guadaíra, Arahal, Las Cabezas de San Juan, Coripe, El Coronil, El Cuervo, Dos Hermanas, Lebrija, Los Molares, Montellano, Morón de la Frontera, Los Palacios y Villafranca, Paradas, Pruna, Mairena del Alcor y El Viso del Alcor), lo que supone el 19% de la población de Sevilla y Provincia. Pese a que el Hospital se halla localizado en la ciudad de Sevilla, no asiste la población de esta ciudad, sino de las localidades de su provincia anteriormente mencionada.

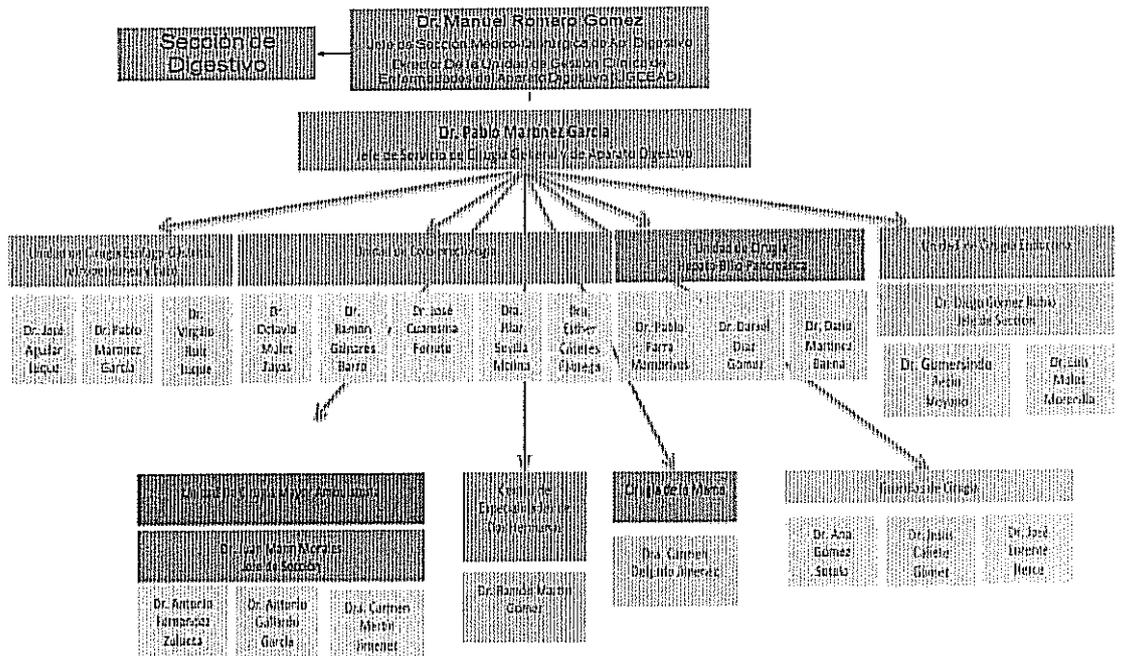
El Área Hospitalaria completa atiende anualmente 125.128 urgencias y 20.506 ingresos y realiza 7042 intervenciones quirúrgicas mayores con ingresos y 10052 en régimen de cirugía menor o cirugía mayor ambulatoria de todas las especialidades. Nuestro Servicio realiza unas 1753 intervenciones en el Hospital de Valme (812 programadas, 841 urgentes y el resto intervenciones ambulatorias urgentes y electivas).

## 2. El Servicio De Cirugía General y del Aparato Digestivo

En 2006 se autoriza por parte del Servicio Andaluz de Salud la creación de una Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Digestivas. Su dirección se encarga al Dr. Manuel Romero Gómez, especialista en Gastroenterología. Se trata de una Unidad de Funcionamiento en la que participan todos los gastroenterólogos (o digestivos) y cirujanos generales y del aparato digestivo del Hospital. Desde Septiembre del 2014 el Jefe de Servicio es el Dr. Pablo Martínez García

En el momento actual la Unidad Docente de la Especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo cuenta con 19 Cirujanos, a los que hay que añadir 1 cirujano liberado como Jefe de Estudio, una cirujana no adscrita a la unidad de enfermedades digestivas sino a la unidad de mama (a cargo de ginecología) y 3 Cirujanos que solo realizan guardias médicas en el Servicio. El organigrama actual de la Unidad de Gestión y del Servicio de Cirugía te lo detallamos en un esquema

Estructura de la Unidad De Gestión Clínica de Enfermedades Digestivas Estructura del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo



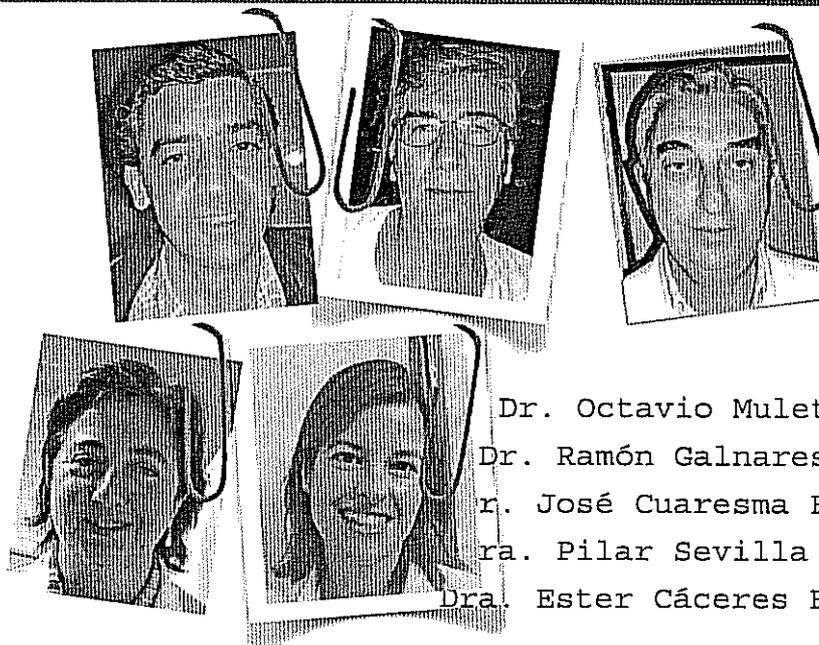
El Tutor de Residentes es el Dr. Pablo Parra Membrives. El Dr. Ramón Martín Gómez trabaja en el Servicio a Media Jornada, habitualmente en el centro de especialidades de Dos Hermanas. La Dra. Delgado Jiménez fue adscrita a la Unidad de Mama en el Servicio de Ginecología. Dr. Emilio Gordillo Urizal es Jefe de Estudios y está liberado de su actividad en el Servicio de Cirugía. La Dra. Ana Gómez Sotelo en el momento actual sustituye a la Dra. Cáceres Fábrega en el equipo de cirugía colorrectal por encontrarse ésta de baja laboral. Además, de los médicos de Plantilla, solo los doctores, José Cuaresma Ferrete, Gumersindo Recio Moyano, Daniel Díaz Gómez, Virgilio Ruiz Luque, Octavio Mulet Zayas, Esther Cáceres Fábrega, Darío Martínez Baena y Carmen Martín Jiménez realizan guardias médicas. El resto de los cirujanos de la plantilla están exentos de realizarlas por edad o prescripción médica.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital de Valme



Dr. Pablo Martínez García  
Jefe de Servicio

Cirugía Colon, Recto y Ano (Sección A)



Dr. Octavio Mulet Zayas  
Dr. Ramón Galnares Barro  
Dr. José Cuaresma Ferrete  
Dra. Pilar Sevilla Molina  
Dra. Ester Cáceres Fabrega

Cirugía Endocrina (Sección B)



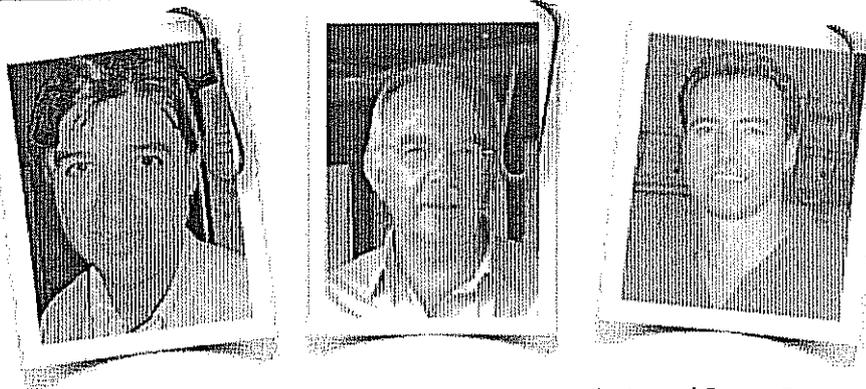
Dr. Diego Gómez Rubio (Jefe de Sección)

Dr. Gumersindo

Recio Moyano

Dr. Luis Moles Morenilla

Cirugía Esófago, Estómago, Intestino Delgado, Bazo y Retroperitoneo (Sección C)



Dr. José Aguilar Luque

Dr. Pablo Martínez García

Dr. Virgilio Ruiz Luque

Cirugía Hepato-biliar y Pancreática



Dr. Pablo Parra Membrives

Dr. Daniel Díaz

Gómez

Dr. Darío Martínez  
Baena

Cirugía de Mama (Unidad de Mama)



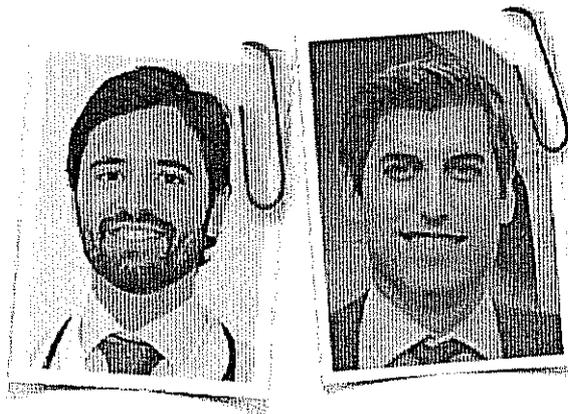
Dra. Carmen Delgado Jiménez

Centro Periférico de Especialidades de Dos Hermanas



Dr. Ramón Martín Gómez

Urgencias (Guardias)



Dra. Ana Gómez Sotelo  
DR. Jesús Cañete Gómez  
Dr. José Lorente Herce

Jefatura de Estudios



Dr Emilio Gordillo Urizal

### 3. Infraestructura disponible de la Unidad Docente de Cirugía General y del Aparato Digestivo

#### 3.1 Planta de Hospitalización

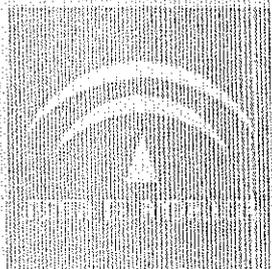
La Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades del Aparato Digestivo se localiza en la segunda planta del Hospital de Valme. En el ala derecha existen 36 camas dedicadas a Hospitalización y en el ala izquierda 35. El Servicio de Cirugía dentro de la UMQEAD tiene asignadas 40 camas ocupando el ala izquierda por completo y cinco camas de la segunda derecha como pacientes ectópicos. El ala derecha por tanto es ocupado por los pacientes a cargo de los digestólogos y por algunos de cirugía

Los pacientes con patología mamaria son intervenidos en su mayoría por la Unidad de Mama (Actualmente dirigida por Ginecología, aunque cuenta con una cirujano general adscrita a dicha unidad) y por ello



Unidad Docente de Cirugía General y del Aparato Digestivo	
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40

Unidad Docente de Cirugía General y del Aparato Digestivo	
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60



permanecen ingresados en planta de ginecología y no del Servicio de Cirugía.

Finalmente, las 15 camas adjudicadas a la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria en el Hospital El Tomillar se utilizan para cirugía en régimen de corta estancia y permanecen en la actualidad sin modificación

### 3.2 Quirófanos

Para las intervenciones disponemos de 2 quirófanos diarios en el Hospital de Valme (Quirófano 4 y 5 en la 2ª planta) además de los 1-2 quirófanos disponibles en el Hospital El Tomillar para la realización de CMA y Cirugía de Corta Estancia.

La cirugía menor ambulatoria (en definitiva las pequeñas intervenciones con anestesia local) se realizan en el quirófano ambulatorio de la primera planta del Hospital de Valme.

El quirófano de Urgencias es el quirófano 6 de la segunda planta donde, el equipo de guardia realiza sus intervenciones.

La actividad quirúrgica se completa con la utilización del quirófano 5 del Hospital de Valme en Continuidad Asistencial (es como el SAS llama a la prolongación de la jornada laboral desde las 15:00 h a las 20:00) dos veces por semanas: el martes y el miércoles. Las jornadas de tarde son obligatorias para los adjuntos, pero no para los residentes si excluimos las de las guardias)

### 3.3 Consultas Externas

Los pacientes de la Especialidad son estudiados o revisados en las Consultas Externas del Hospital de Valme situadas en la planta baja del centro.

Se dispone de 2 módulos de consulta diarios. La distribución es como sigue:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Cirugía endocrina	Cirugía Hepato-Bilio- Pancreática	Cirugía Endocrina	Cirugía Colorrectal	Cirugía Hepato-Bilio- Pancreática (media consulta)
Cirugía Colorrectal	Consulta de ostomizados	Cirugía Esófago-Gástrica	Cirugía Colorrectal	Cirugía General (Media Consulta de Residentes)

Asimismo se dispone de 4 consultas semanales en el Hospital "El Tomillar" y de 12 módulos de consultas de los Centros Periféricos de Especialidades adscritos de "Dos Hermanas", "Alcalá de Guadaíra" y "Morón de la Frontera".

#### 3.4 Despachos, Sala de Sesiones y Biblioteca

El área de trabajo de la Unidad Docente se compone de:

- Un Despacho para el Jefe de Servicio que cuenta con una antesala para la administrativa de Cirugía, localizado en la zona central de la 2ª planta, junto al ala izquierda cerca de los ascensores. Aquí es donde comenzará tu jornada diaria. La administrativa de Cirugía, Paula, se encarga de todo el papeleo relacionado con el Servicio. Aquí recogerás tus guardias, tu correspondencia y la planificación de tu actividad diaria.
- Tres despachos médicos para los distintas unidades del Servicio. En el inicio del ala izquierda se ubica el despacho del grupo de Cirugía Colorrectal. Este despacho es además el empleado para las sesiones clínicas de cirugía y para los cambios de guardia. Un despacho al final del ala izquierda de la segunda planta que comparte la Unidad de Cirugía hepato-bilio-pancreática y la Unidad de Cirugía esófago-gástrica. Finalmente, un despacho al final de ala izquierda de la segunda planta para la Unidad de Cirugía endocrina. En este despacho está ubicada la

cama para el descanso nocturno del residente durante las guardias.

- Dos despachos en el Hospital del Tomillar para el Jefe de Sección y los cirujanos adscritos a Cirugía Mayor Ambulatoria
- Un salón multiusos perteneciente a la UGCED que se encuentra en el ala derecha de la 2ª planta donde se realizan parte de las sesiones clínicas (sobre todo las multitudinarias y que afectan a Digestólogos y Cirujanos)

No existen otros espacios propios para la actividad docente si bien existen salas en el Hospital, como el Salón de Actos y otros de menor aforo que pueden ser utilizados para actividades científicas y docentes siempre y cuando se reserven con anterioridad

El Centro Hospitalario cuenta asimismo con una Biblioteca situada en la 10 planta que ofrece los servicios de información bibliográfica, búsqueda bibliográfica, consulta a bases de datos, foto-documentación, préstamo y formación en búsqueda bibliográfica.

### 3.5 Equipamiento Quirúrgico

El equipamiento del que dispone el Servicio de Cirugía incluye:

#### A. En el Hospital de Valme

- Tres torres de Laparoscopia, dos de ellas de alta definición de Striker y una de Wolf
- 2 Bisturí Armónico Ultracision (Ethicon) con posibilidad de uso abierto y laparoscópico
- 2 Coledocoscopios de 2.8mm y 5mm. Existe posibilidad de conexión a cámara y monitor
- Ecógrafo de frecuencia variable (5 a 8 MHz) con sonda para ecografía intraoperatoria hepática y de partes blandas o cervical (Toshiba)
- Bisturí ultrasónico tipo CUSA para cirugía hepática
- Bisturí Ligasure (Covidien)
- Arco en C para colangiografía y radioscopia en general

*B. En el Hospital "El Tomillar"*

- 3 Torres de Laparoscopia (Wolf y Storz y una Striker)
- Coledocoscopio (Olympus) de 2.8 mm
- Arco en C para colangiografía
- Bisturí ultrasónico Ultracision (Ethicon)

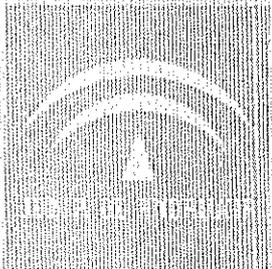
En ambos centros existe disponibilidad de suturas mecánicas para sutura (EEA), sutura lineal con corte medial (GIA), para sutura lineal (T.A.) de cabezal fijo y basculante, así como endograpadoras para cirugía laparoscópica tipo endo-GIA con cabezal fijo y basculante.

### 3.6 Equipamiento Docente

La Unidad Docente cuenta con una sala de sesiones, donde todas las mañanas a las 8 a.m. tienen lugar las sesiones clínicas del Servicio. Esta sala es a la vez despacho de cirugía digestiva del equipo de cirugía colorrectal y estar de la guardia localizada y se ubica en el inicio del ala izquierda de la 2ª planta del Hospital de Valme. También existe un salón multiusos del ala derecha de la segunda planta para las reuniones conjuntas con la parte digestiva de la Unidad

La sala de sesiones cuenta con un negatoscopio, una pizarra tipo veleda y una pantalla para proyecciones. Asimismo se dispone de un cañón de video instalado en el techo, conectable a cualquier ordenador portátil o terminal del hospital. El salón multiusos posee una pantalla táctil y un cañón de video.

El equipamiento informático de la Unidad Docente consiste en 6 ordenadores fijos distribuidos en tres despachos, conectados a una impresora que actúan como terminales del ordenador central del hospital y que se sitúan en la segunda planta. La historia clínica está completamente informatizada no existiendo por ello historia en papel. En el momento actual tanto las historias clínicas de urgencia, las anamnesis hospitalarias, las evoluciones clínicas, los informes de alta, las analíticas y pruebas de imagen (de los hospitales del SAS y centros concertados), las endoscopias así como los estudios de anatomía patológica pueden introducirse y consultarse en la red. Las historias antiguas aun en formato papel se están digitalizando y por tanto también pueden consultarse por vía informática en cualquier terminal. Las imágenes radiológicas son visibles desde cualquier despacho y pueden ser procesadas, analizadas y comparadas. La prescripción en nuestro hospital, tanto la de los pacientes ingresados como la



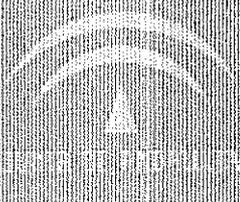
de los pacientes al alta, es electrónica. Nada más incorporarse el residente a su plaza necesitará una clave informática para poder acceder: a) Diraya urgencias (para realizar y consultar historias en urgencias), B) a la Estación Clínica (donde podrá realizar y consultar las historias clínicas de los pacientes ingresados, leer y escribir evoluciones de los pacientes ingresados, consultar constantes y mediciones por parte de enfermería, cumplimentar la hoja operatoria y hacer informes de alta, consultar analíticas, pruebas de imagen, endoscopias y biopsias, citar a pacientes a consultas externas, y realizar prescripciones al alta), y C) Programa Dominion de prescripción farmacéutica para pacientes ingresados.

Estos ordenadores permiten asimismo el uso de procesadores de texto, programas para crear presentaciones (PowerPoint) y la conexión a Internet con fines científicos. En la sala de sesiones y el despacho de cirugía hepatobiliar existen dos terminales con el programa estadístico spss para la cumplimentación de bases de datos de pacientes y su análisis estadístico. Existen también ordenadores en cada planta del hospital y despacho médico a modo de terminal para ser utilizados de idéntica manera.

### 3.7 Revistas Científicas disponibles

El Hospital Universitario de Valme está conectado a la Biblioteca Virtual Sistema Sanitario Público de Andalucía por lo que se tiene acceso a todas las revistas a texto completo desde cualquier terminal informático del centro. Además, la biblioteca del hospital está suscrita a algunas revistas tanto en formato electrónico como formato papel, y obtiene el acceso a otras revistas mediante préstamo inter-bibliotecario o a través de la base de datos de la Universidad de Sevilla al ser un Hospital universitario. Las revistas principales de la Especialidad (aunque hay otras muchas) a las que se tiene acceso son:

- ❖ American Journal of Surgery
- ❖ Annals of Surgery
- ❖ Archives of Surgery
- ❖ British Journal of Surgery
- ❖ Cirugía Española
- ❖ CurrentSurgery
- ❖ Gastroenterology
- ❖ Diseases of the Colon and Rectum
- ❖ Journal of Trauma
- ❖ Surgery
- ❖ WorldJournal of Surgery
- ❖ Journal of the American College of Surgeons



Las mayoría de las revistas pueden ser consultadas a texto completo desde casa a través de la página de la biblioteca previa alta y obtención de clave o bien a través de la página de la biblioteca virtual del sistema sanitario público de Andalucía. Cuando un artículo no esté disponible puede solicitarse a través de la página de la biblioteca virtual.

Además de las revistas mencionadas es posible acceder desde el Hospital a las siguientes Bases de Datos:

Web Of Knowledge

Evidencia Clínica

Cochrane

Embase

Indice Médico

Medline

Para cualquier duda ponte en contacto con Pilar Izquierdo, nuestra bibliotecaria que estará encantada de ayudarte a encontrar lo que buscas.

### 3.8 Disponibilidad de Pruebas Diagnósticas y Medios Terapéuticos No Quirúrgicos

La disponibilidad de pruebas diagnósticas del centro es la siguiente:

#### A. Disponibles en el propio centro

- Unidad de Diagnóstico por imagen situada en la planta baja del Hospital que incluye:
  - 2 TAC helicoidal multicorte 16 hélices
  - TAC helicoidal multicorte de 64 hélices
  - Resonancia Magnética
  - Ecografía convencional y con contraste (disponible en el área de radiodiagnóstico y en la propia UGCED)
  - Ecografía Doppler (Disponible en el área de radiodiagnóstico y en la propia UGDGED)
  - Elastimetría(Disponible en infecciosos)
  - Pruebas baritadas digestivas (tránsitos, enemas opacos, EGD...)
  - Mamografías
  - Angio-radiología: existe la posibilidad de realización de arteriografías periféricas en el área de radiodiagnóstico del Hospital. Las arteriografías de los vasos abdominales son realizadas previa interconsulta por el Servicio de Cirugía Vascolar
  - Colocación de catéteres de drenaje o derivativos percutáneos: el drenaje de abscesos abdominales y la colocación de catéteres derivativos biliares es posible en el Servicio de radiodiagnóstico mediante control TAC, ECO o radioscopia
  - Medición de presiones portales (por el Servicio de Cirugía Vascolar)
  - Otras pruebas de radiología no digestiva (urografías, arteriografías...)
  - Colonoscopia virtual
- Unidad de Endoscopia Digestiva (situada en la primera planta del Hospital que incluye:
  - Endoscopia alta (gastroscopia, duodenoscopia)
  - Recto-sigmoidoscopia y colonoscopia total
  - Colangio-Pancreatografía Endoscópica Retrógrada (CPRE) realizada en la sala de procedimientos invasivos de UCI o bien en el Servicio de

Radiodiagnóstico. No existe disponibilidad de la prueba para urgencias.

- Ecoendoscopia con posibilidad de punción-biopsia. Realizada en la misma sala

B. Disponibles en centros de referencia

- Tomografía por emisión de positrones (PET) (previa solicitud justificada en el HUV Rocío)(Actualmente TAC-PET)
- Gammagrafia (previa solicitud justificada en el HUV Rocío)
- Radioterapia (previa solicitud justificada en el HUV Rocío)

## 4. Cartera de Servicios Quirúrgica

A continuación todas las intervenciones que se realizan en el Servicio

### Cirugía Esófago-gástrica:

Patología	Intervención
Úlcera Gástrica Aguda (no tratamiento médico) Con hemorragia / Con perforación	Vagotomía Troncular + Gastrectomía parcial y reconstrucción
Úlcera Duodenal Aguda Con Hemorragia / Con Perforación	Vagotomía Troncular + Píloroplastia Cierre Simple (abierto y laparoscópica)
Estenosis pilórica	
Hernia de Hiato esofágico Reflujo gastroesofágico Esofagitis	Cierre de Pílares + Funduplicatura Toupet, Nissen (Vía abierta y laparoscópica)
Úlcera esofágica Perforación esófago	Sutura desgarro, herida esófago Plastias de Thal / Desconexión esofágica
Achalasia	Miotomía Héller
Divertículo de Zenker	Diverticulectomía + miotomía del Cricofaríngeo
Patología esplénica (neoplásica) PTI (y otras enfermedades hematológicas) Traumatismo de bazo	Esplenectomía Parcial Esplenectomía total (Abierta y laparoscópica)
Neoplasia esofágica (Cervical / torácico / Abdominal)	Esofaguectomía transhiatal Esofaguectomía Ivor-Lewis / Akiyama / McKewen (vía torácica-también por toracoscopia) Reconstrucción con gastroplastia / coloplastia
Neoplasia Gástrica (Cardias, pilórica, antropilórica, fundus, cuerpo)	Gastrectomía subtotal /total +Linfadenectomía D2 Gastroenteroanastomosis Gastrostomía (abierto y laparoscópica) Yeyunostomía
Enfermedad de Crohn de Intestino delgado/grueso	Resección intestinal segmentaria múltiple Colectomias Estructuroplastias
Tumores intestino delgado (Duodeno / Yeyuno / Ileón)	Enterotomía Resección intestinal segmentaria múltiple
Tumores retroperitoneales malignos o retroperitoneales de evolución incierta	La técnica depende de los hallazgos

a

## Cirugía Colorrectal

Patología	Intervención
Hemorroides internas / externas	Hemorroidectomía Milligan-Morgan
Fisura de Ano	Esfinterotomía Lateral Interna
Fistulas Perianales	Fistulotomía /Fistulectomía Sedales /Colgajos de avance
Diverticulosis colon sin hemorragia Diverticulitis colon sin hemorragia	Sigmoidectomía y otras colectomías según extensión de la afección
C i r u g í a H e p a t o l o g í a - B i l i o -	Colitis Ulcerosa Colitis Ulcerosa (Pancolitis) Ileocolitis Ulcerativa Enterocolitis Ulcerativa Proctosigmoiditis ulcerativa
Enfermedad de Crohn colon /recto/Ano	Pancolectomía + Ileostomía temporal / Anastomosis ileorectal Proctocolectomía + Ileostomía permanente / Reservorio ileoanal Cierre ileostomía / colostomía
Prolapso rectal	Pancolectomía + Anastomosis ileorectal + Ileostomía temporal / Ileocequectomía /Colectomías segmentarias
Poliposis Familiar, Neoplasia benigna de colon	Rectopexia Abdominal y perineal
Neoplasia de ciego /Apéndice Neoplasia de Colon derecho	Proctocolectomía + Ileostomía permanente / Reservorio ileoanal Pancolectomía + Anastomosis ileorectal
Neoplasia de ángulo Hepático Neoplasia de Colon Transverso	Hemicolectomía Derecha (abierto y laparoscópica)
Neoplasia de Colon Izquierdo	Hemicolectomía Derecha Ampliada Colectomía Transversa Ileotransversostomía (abierto y laparoscópica)
Neoplasia de Sigma Neoplasia de Recto /recto sigma Neoplasia de Rectosigma Neoplasia de Canal Anal	Hemicolectomía Izquierda / Subtotal (abierto y laparoscópica)
Vólvulo de Colon	Sigmoidectomía (abierto y laparoscópica) Resección Anterior (con o sin colostomía) Amputación Abdominoperineal Resección Local (abierto y laparoscópica)
Hernia Paracolostomía	Cecopexia /Colopexia /Sigmoidectomía
Confeción de estomas derivativos	Reparación H. Paracolostomía
Ingreso para Cierre Colostomía	Ileostomía/cecostomía/colostomía (Tipo cañon escopeta, Abcarian...)
Metástasis Hepáticas	Cierre Colostomía
	Hepatectomía no reglada (Equipo HPB)

## Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática

Patología	Intervención
Colelitiasis con/sin Colecistitis Colecistitis aguda alitiásica	Colecistectomía Laparoscópica y abierta Colangiografía intraoperatoria (abierto y laparoscópica)
Colecistocolédocolitiasis Sin Colecistitis Con Colecistitis aguda Con Colangitis Estenosis de Colédoco (sind. Mirizzi)	Exploración de la vía biliar y colédocolitotomía (abierto y laparoscópica) Colédocolitotomía + colédocoduodenostomía Colédocolitotomía + Papilotomía y/o esfinteroplastia transduodenal Colédocolitotomía + hepaticoyeyunostomía
Neoplasias de la vesícula biliar	Colecistectomía ampliada a lecho hepático (seg. IVb y V + linfadenectomía hilio hepático)
Neoplasias malignas de la Vía Biliar extrahepática / hilar / intrahepática	Exéresis + Derivación biliodigestiva (hepaticoyeyunostomía) Duodenopancreatectomía cefálica Hepatectomía mayor (der / izq / ampliadas) Seccionectomías Derivación biliodigestiva sin exéresis del tumor
Neoplasia ampular y periampular	Duodenopancreatectomía cefálica
Pancreatitis aguda necrótica	Pancreatectomía parcial / Necrosectomías (abierto y laparoscópicas)
Pancreatitis crónica	Pancreatectomía distal (abierto y laparoscópica) Duodenopancreatectomía cefálica Esplancnectomía quirúrgica Pancreatoyeyunostomía
Pseudoquistes pancreáticos	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 Pancreatectomía corporal y caudal (abierto y laparoscópica)
Enfermedades médicas hepáticas	Biopsia hepática (abierto y laparoscópica)
Quistes hepáticos simples	Fenestración laparoscópica
Quistes hidatídicos hepáticos	Quistoperiquistectomía total / parcial
Neoplasias Hepáticas primitivas benignas y malignas Neoplasias de los conductos biliares intrahepáticos Metástasis Hepáticas	Hepatectomías mayores (der / izq / ampliada) Seccionectomías (latizq / medial izq / post der / ant der) Resección guiada por segmentos (seg I, II, III, IVa, IVb, V, VI, VII, VIII) Hepatectomía por laparoscopia

## Cirugía Endocrina

Patología	Intervención
Quiste tirogloso	Intervención de Sistrunk
Quiste Branquial / Fístula Branquial	Exéresis del quiste /Fistulectomía
Neoplasia glándulas salivares Submaxilar Parótida	Submaxilectomía Parotidectomía Parcial /total
Sialoadenitis	Sialoadenectomía
Sialolitiasis	Sialoadenolitotomía
Adenopatías Cuello /axilar/inguinal	Exéresis-biopsia adenopatía
Tiroiditis Aguda / Subaguda / Crónica	Tiroidectomía subtotal / Tiroidectomía total
Nódulo tiroideo Benigno	Hemitiroidectomía / Tiroidectomía total
Bocio Uninodular / Multinodular	Hemitiroidectomía /Tiroidectomía subtotal o total
Enf. De Graves Basedow	Tiroidectomía Total / Subtotal / Substernal
Neoplasias de Tiroides	Tiroidectomía Total (con o sin Vaciamiento ganglionar de cuello)
Hiperparatiroidismo	Paratiroidectomía selectiva o subtotal
Adenoma / Hiperplasia /Neoplasia	
Tumor suprarrenal benigno / maligna S. Cushing /Conn / Adisson Feocromocitoma	Suprarrenalectomía total Unilateral /bilateral Suprarrenalectomía parcial

## Cirugía de la Mama (En la Unidad de Mama)

Patología	Intervención
Fibroadenoma de mama Mastopatía Fibroquística Displasia mamaria benigna	Exéresis
Nódulo mama no palpable	Exéresis abierta o guiada por arpón percutáneo
Ginecomastia	Mastectomía subcutánea
Neoplasia de mama Neoplasia mama Varon	Mastectomía simple Tumorectomía+Vaciamiento Axilar Cuadrantectomía + Vaciamiento axilar Linfadenectomía Simple /radical Mastectomía tipo Madden / Patey / Halsted Ganglio centinela (con linfazurin y radioisótopo)

## Cirugía Mayor Ambulatoria

Patología	Intervención
Colelitiasis con/sin Colecistitis	Colecistectomía Laparoscópica /abierta
Pólipos vesiculares	Colangiografía intraoperatoria
Eventraciones	Eventroplastia abierta Rives /Chevrel
Eventraciones postlaparotómicas	Eventroplastia laparoscópica
Hernia inguinal no encarcerada ni estrangulada directa e indirecta - Unilateral y Bilateral - Primaria y recidivada	Hernioplastias con prótesis Lichtenstein / Rutkow-Robbins / PHS system / Stoppa
H. Crural no encarcerada ni estrangulada -Unilateral y Bilateral - Primaria y recidivada	Hernioplastia con prótesis
Hernia Umbilical	Hernioplastia umbilical con prótesis
Hernia Umbilical encarcerada	Herniorrafia sin prótesis
Hernia epigástrica, Spiegel	Hernioplastia epigástrica con prótesis
Lipomas	Exéresis
Tumores benignos partes blandas	Exéresis Lipoma
Tumores benignos piel	Exéresis tumor benigno

## Cirugía Urgente y Común no específica de grupo:

Patología	Intervención
Apendicitis Aguda	Apendicectomía abierta y Laparoscópica
Rotura Folicular (Graaf) Hematoma Dolor Abdominal Inespecifico	Laparoscopia exploradora
Abdomen Agudo <ul style="list-style-type: none"> <li>Traumatológico</li> <li>Obstrutivo</li> <li>Perforación viscera hueca</li> <li>Vascular (Isquemia Mesentérica)</li> <li>Inflamatorio (Peritonitis de cualquier origen)</li> </ul>	Laparotomía / Laparoscopia Exploradora. La técnica dependerá de los hallazgos
Colecistitis Aguda	Colecistectomía Abierta /laparoscópica
Colangitis	Colangiografía intraoperatoria Drenaje biliar /coledocolitotomía
Hernias encarceradas y/o estranguladas	Hernioplastias con prótesis

H. Inguinal /crural / Spiegel /Umbilical	
Eventraciones	
Hernias internas /bridas	
Absceso Perianal /Fistula de ano	Drenaje / Fistulectomía / Fistulotomía /sedales
Abscesos partes blandas	Drenaje Absceso
Infección Herida quirúrgica	Drenaje Pared Abdominal ( Extraperitoneal)
Quiste Pilonidal (Con y sin Absceso)	Exéresis Quiste /Incisión Quiste
U.Gástrica o duodenal Perforada	Cierre Simple u. Gástrico
	V. Troncular +Piloroplastia
	Gastrectomía parcial ( B-II)

Técnicas Laparoscópicas Disponibles en el Centro:

Patología	Intervención
Colelitiasis / Colecistitis	Colecistectomía Laparoscópica Colangiografía laparoscópica
Coledocolitiasis	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coledocolitotomíatranscoledociana</li> <li>Coledocolitotomíatranscística</li> </ul>
Quiste hepático	Fenestración laparoscópica
Enf. Hepáticas médicas	Biopsia hepática laparoscópica
Apendicitis aguda	Apendicectomía laparoscópica
Abdomen agudo	Laparoscopia Exploradora
Oclusión por bridas	Sección bridas por laparoscopia
Eventración	Eventroplastia por laparoscopia
Patología esplénica	Esplenectomía laparoscópica
Reflujo gastro-esofágica / hernia hiato	Nissen y Toupetlaparoscópico
Achalasia	Cardiomiectomía de Heller
Obstrucción esofágica irreversible	Gastrostomía laparoscópica
Cáncer de colon y patología inflamatoria del colon	Colectomía y RAB laparoscópica
Neoplasias pancreáticas distales	Pancreatectomíacorporo-caudal
Úlcera gastroduodenal perforada	Cierre simple
Tumores suprarrenales	Suprarrenalectomía laparoscópica

En resumen, la cartera de servicio quirúrgica de la Unidad Docente incluye prácticamente todos los procedimientos que abarca la especialidad a excepción del trasplante hepático (cuyo déficit se cubre mediante la realización voluntaria de guardias de trasplante en el Hospital Universitario Virgen del Rocío 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 el Hospital es plena.

## 5. Cartera de Servicios del Área Hospitalaria Virgen De Valme

El Área Hospitalaria cuenta con un total de Servicios o Unidades Asistenciales que se distribuyen de la forma siguiente:

### A. Bloque quirúrgico

- Cirugía general y del Aparato Digestivo  
(en la Unidad de Gestión médico quirúrgica de enfermedades digestivas)
- Cirugía Vascular (en la UGC de Cirugía Vascular)
- Ginecología y Obstetricia (en la UGC de Obstetricia y Ginecología)
- Urología (en la UGC de urología)
- Oftalmología (en la UGC de Oftalmología)
- Otorrinolaringología (En la UGC de ORL)
- Traumatología y Cirugía Ortopédica (en la UGC de cirugía ortopédica y traumatología)

### B. Bloque médico

- Cardiología (en la UGC de Aparato Circulatorio)
- Cuidados Críticos (UCI) (en la UGC de cuidados críticos y urgencias)
- Digestivo (En la UGC de Enfermedades Digestivas)
- Endocrinología (en la UGC de endocrinología y nutrición)
- Hematología (en la UGC de Hemato-oncología y Anatomía Patológica)
- Unidad de Infecciosos (En la UGC enfermedades infecciosas y microbiología)
- Medicina Interna - Unidad de Continuidad Asistencial  
(En la UGC de Medicina interna y continuidad asistencial)
- Neumología (en la UGC de neumología)
- Neurología (en la UGC de neurología)
- Pediatría / Neonatología (en la UGC de Pediatría y neonatología)
- Psiquiatría (en la UGC de Salud Mental)
- Reumatología (en la UGC de Reumatología y aparato locomotor)

- Oncología (en la UGC de Hemato-oncología y Anatomía Patológica)
- Dermatología (en la UGC de Dermatología)

### C. Servicios de Apoyo

- Anatomía Patológica (en la UGC de Hemato-oncología y Anatomía Patológica)
- Anestesiología y reanimación (en la UGC de Bloque quirúrgico)
- Farmacia Hospitalaria (en la UGC de Farmacia)
- Laboratorio de Bioquímica (en la UGC de Laboratorios clínicos)
- Laboratorio de Hematología (en la UGC de Hemato-oncología y AP)
- Laboratorio de Microbiología (En la UGC de enfermedades infecciosas y microbiología)
- Medicina preventiva(en la UGC de Salud pública, prevención y promoción de la salud)
- Radiodiagnóstico (en la UGC de Radiodiagnóstico)
- Urgencias (en la UGC de cuidados críticos y urgencias)

Las especialidades marcadas en verde son aquellas por las que el residente rotará en nuestro Hospital. Los Servicios no disponibles en nuestro centro y que por tanto exigen un rotatorio externo son:

- Cirugía Plástica (rotatorio previsto en el Hospital Universitario Virgen del Rocío)
- Cirugía Pediátrica: (rotatorio previsto en el Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla)
- Cirugía Torácica (rotatorio previsto en el Hospital Universitario Virgen del Rocío o el Hospital Universitario Reina Sofía en Córdoba)
- Durante el cuarto año de residencia se permitirán rotatorios en centros de especial relevancia o interés, incluido en los centros extranjeros si se consideran adecuados para la formación del residente.

## 6. Programa Formativo Oficial del Especialista

Fui nombrado como tutor el 12 de Junio del 2006, y renovado en Junio de 2011, por lo que estoy en mi segunda etapa como tutor. Se muestran a continuación las líneas básicas del proyecto docente que se ha puesto en marcha adaptandolo al programa oficial del Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo que puedes encontrar en la siguiente página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. De este programa ha salido este itinerario, adaptándose a las peculiaridades de nuestro centro hospitalario.

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/guiaFormacion.htm>

### 6.1 Definición de la especialidad y campo de acción

La cirugía general atiende los problemas quirúrgicos que corresponden en primer lugar a su ámbito primario, efectuando su análisis clínico y procurando una solución clínica o técnica, médica o quirúrgica. El ámbito primario de actuación del cirujano general se clasifica con criterios anatómicos, considerándose que los problemas quirúrgicos que le incumben son todos aquellos que afectan a aparato digestivo, sistema endocrino, mama, abdomen y su contenido, cabeza y cuello, piel y partes blandas. De forma secundaria corresponde al cirujano general la asistencia, estudio y planteamiento de soluciones, hasta un cierto nivel de complejidad, de los problemas quirúrgicos que competen a otras especialidades quirúrgicas (cirugía vascular, cirugía torácica, urología, neurocirugía...) cuando el centro en que el cirujano se encuentra no dispone de dichas especialidades, y hasta que el paciente pueda ser derivado a un centro hospitalario adecuado.

### 6.2 Objetivos generales de la formación del residente

El objetivo final del programa de formación es la consecución de un óptimo entrenamiento de un cirujano general con capacidad para cumplir de manera competente y responsable sus funciones dentro de su campo definido de actuación. Se pretende que la formación del cirujano permita solucionar problemas quirúrgicos electivos y urgentes adecuados a su medio, en el ámbito de un hospital comarcal. Se escapa de la formación especializada el lograr la superespecialización propia de algunas secciones de hospitales de tercer nivel de ámbitos muy particulares de la cirugía general y digestiva (como por ejemplo el

trasplante de órganos) aunque si debe lograrse la adquisición de una base sólida aún en estos campos que permita al especialista continuar su formación más allá de la obtención del título de Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo. La formación complementaria de alguna de estas áreas de especial interés, de acuerdo con el interés personal, y las circunstancias propias de cada hospital.

### 6.3 Contenidos formativos específicos

La formación especializada de la especialidad ha de contar con un programa teórico y también eminentemente práctico que en nuestra especialidad adquiere una especial relevancia. Tanto para el programa teórico como práctico será misión de los miembros del Servicio de Cirugía y especialmente del Tutor la de facilitar, organizar, apoyar y estimular la adquisición de dichos conocimientos, sirviendo de guía para el residente en formación. La formación debe ser asistencial, docente e investigadora .

El residente deberá dedicar un 10% del horario semanal al aprendizaje de un programa teórico. Irá completando el conocimiento de dicho programa teórico a lo largo de los 5 años de formación, distribuyendo sus contenidos en dificultad gradualmente creciente. La adquisición de los conocimientos teóricos se realizará mediante el estudio privado, el aprendizaje a través de sesiones clínicas temáticas y la asistencia a cursos específicos. Se le aconsejará la bibliografía adecuada. A modo de guía, los contenidos teóricos que se consideran adecuados para un residente de Cirugía General y del Aparato Digestivo son los siguientes:

- A. Aspectos generales
  - o Agresión quirúrgica y/o traumática y cicatrización de los tejidos
  - o Técnicas de sutura y anudado
  - o Anatomía quirúrgica topográfica
  - o Instrumental quirúrgico
  - o Tecnología aplicada a la cirugía: conocimiento de electrocauterio, bisturí ultrasónico, radioscopia, Ligasure, CUSA
  - o Ecografía para el cirujano. Interpretación de los estudios de imagen más comunes en cirugía general y digestiva (ECO, TAC, RMN, CRMN, ERCP, pruebas baritadas digestivas, gammagrafía, PET)
  - o Manejo del paciente crítico: estabilización de paciente crítico. Maniobras

- de RCP básica y avanzada, drogas vasoactiva
- o Manejo de la homeostasis: equilibrio hidroelectrolítico y equilibrio ácido-base
- o Lesiones de piel, anejos y partes blandas y su tratamiento quirúrgico. Alternativas médicas más comunes
- o Conocimientos básicos anatómo-patológicos: tipos de neoplasias, toma de biopsias, procesamiento básico de piezas quirúrgicas
- o Oncología quirúrgica: biología y marcadores tumorales
- o Cirugía del paciente inmunodeprimido
- o Trastornos de la sangre y hemostasia en cirugía
- o Infección quirúrgica y elección de antibióticos
- o Preparación del paciente para la cirugía en la consulta, en la sala y en el quirófano
- o Principios de Anestesia. Técnicas más frecuentes. Anestésicos locales
- o Control de las enfermedades médicas más comunes del paciente quirúrgico: insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, diabetes mellitas, insuficiencia respiratoria, crisis hipertensiva.
- o Cirugía laparoscópica: Principios físicos. Estructura y funcionamiento de la torre de laparoscopia. Técnica de neumoperitoneo. Fisiopatología del neumoperitoneo
- o Medicina legal y cirugía: documentos medico legales en cirugía. Certificado de defunción. Hoja operatoria. Informes clínicos. Consentimientos informados
- o Metodología básica de la investigación
- o Lectura crítica de la literatura científica
- o Búsquedas bibliográficas
- o Gestión clínica en cirugía

A. Conceptos quirúrgicos propios de otras especialidades quirúrgicas:

- o Cirugía torácica: Anatomía quirúrgica de la cavidad torácica. Pruebas de imagen en cirugía torácica. Patología de la pared torácica, pleura pulmón y mediastino para el cirujano general. (Especialmente: traumatismos torácicos, empiema pleural, neumotórax espontáneo).Técnicas de toracotomía y esternotomía.
- o Cirugía pediátrica: Exploración quirúrgica del recién nacido. Manejo del niño con malformaciones congénitas. Abdomen agudo del lactante. Hernias de pared en edad pediátrica. Invaginación intestinal. Abdomen agudo en la segunda infancia. Apendicitis aguda. Divertículo de Meckel.

Estreñimiento de causa quirúrgica Torsión testicular. Trastornos hidroelectrolíticos en el niño. Intervenciones más frecuentes en edad pediátrica.

- Cirugía vascular: Anatomía quirúrgica topográfica. Técnicas de acceso y manejo de los grandes vasos. Principios de sutura vascular. Anastomosis vasculares. Conocimiento básico de la farmacoterapia vascular (anticoagulación, antiagregación, fibrinólisis, sustancias vasoactivas). Isquemia aguda y crónica. Insuficiencia venosa crónica. Trombosis venosas: prevención y tratamiento. Conceptos básicos sobre el uso de injertos y prótesis vasculares. Cirugía exerética por isquemia de extremidades inferiores.
- Cirugía urológica: Anatomía quirúrgica urológica. Semiología y clínica de las enfermedades urológicas más comunes. Técnicas de acceso quirúrgico al sistema urinario. Sepsis de origen urológico. Traumatismos urológicos. Retenciones urinarias. Hematurias. Patología testicular urgente. Cirugía del suelo pélvico.
- Cirugía plástica: Quemaduras. Técnicas para la elaboración de colgajos e injertos.
- Cirugía de pared abdominal y diafragma: Materiales protésicos en la reparación de las hernias de pared. Técnicas de exploración y técnicas de imagen de las hernias de pared abdominal. Hernias diafragmáticas. Hernias inguinocrurales: reparaciones de Bassini, MacVay, Lichtenstein y Rutkow-Robbins. Reparación de hernia crural. Hernias umbilicales y supraumbilicales. Hernias de Spiegel. Hernias incisionales : Técnicas de Rives, Chevrel y reparación laparoscópica. Otras hernias
- Cirugía de endocrina, cabeza y cuello: Anatomía quirúrgica de la **cabeza y cuello**. Compartimento central. Triangulo anterior y posterior. Traumatismos de la cara y del cuello. Patología de las glándulas salivales. Tumores del cuello. Adenopatías cervicales y sus orígenes más frecuentes. **Tiroides**: Anatomía quirúrgica. Técnicas de exploración e imagen. Nódulo tiroideo y cirugía. Bocio y su origen (Bocio multinodular, Enfermedad de Graves). Tiroiditis. Cáncer de tiroides. Hipertiroidismo e hipotiroidismo. Manejo médico y quirúrgico de las urgencias de origen tiroideo (crisis tiorotóxica, hematoma sofocante postquirúrgico, hipocalcemia e hipercalcemia). **Paratiroides**: Anatomía quirúrgica y localización más frecuente. Metabolismo del calcio y fósforo. Farmacoterapia de la hipo e hipercalcemia. Técnicas de localización paratifoidea. Hiperparatiroidismo primario, secundario y terciario.

**Glándulas suprarrenales:** Anatomía quirúrgica de las glándulas suprarrenales. Técnicas de imagen. Fisiología de la secreción suprarrenal (hormonas esteroideas y catecolaminas). Hiperkortisolismo. Hiperaldosteronismo. Feocromocitomas. Paragangliomas. Incidentalomas. Urgencias médicas de origen suprarrenal: crisis adisoniana. Manejo hidroelectrolítico de los pacientes con insuficiencia o exceso de secreción corticoidea. Síndromes MEN tipo I, tipo IIA y IIB. Genética en la cirugía endocrina.

- o Cirugía de la mama: Anatomía quirúrgica de la mama. Distribución de las cadenas linfáticas. Técnicas de exploración y de imagen (senografía, ecografía, RMN). Patología benigna de la mama: ginecomastia. Aplasia. Mamas ectópicas y politelia. Telorrea. Mastodinia. Trastornos del desarrollo e involución de la mama (fibroadenomas, phillodes, quistes mamarios, adenosis esclerosante, ectasias ductales, papilomas intraductales). Patología infecciosa e inflamatoria de la mama: mastitis y abscesos mamarios. Manejo de las lesiones radiológicas no palpables. Cáncer de mama: Profilaxis, screening, diagnóstico por imagen e histológico y técnicas quirúrgicas. Oncología del cáncer de mama. Reconstrucción de la mama
- o Cirugía del tracto digestivo superior, Bazo y retroperitoneo: **Esófago:** Anatomía quirúrgica. Técnicas de imagen. Acceso quirúrgico. Divertículo de Zenker. Reflujo gastroesofágico y sus complicaciones. Esofagitis. Estenosis, ulceraciones, metaplasia y esófago de Barret. ERGE, hernia de hiato y cirugía: funduplicaturas abiertas y laparoscópicas. Cáncer de esófago y de cardias. Trastornos motores y traumatismos del esófago. Causticaciones esofágicas. **Estómago:** Anatomía quirúrgica. Vacularización y drenaje linfático. Úlcera gastrointestinal y sus complicaciones: sangrado, perforación, estenosis y resistencia al tratamiento médico. Cáncer gástrico: Diagnóstico, tipos y técnicas quirúrgicas más comunes. **Duodeno e intestino delgado.** Anatomía quirúrgica. Patología médica y quirúrgica más frecuente. Divertículo de Meckel. Enfermedad de Crohn. Adherencias intrabdominales. Tumores del intestino delgado. Diverticulosis. Patología isquémica mesentérica. Traumatismos duodenales y mesentéricos. **Bazo:** Anatomía quirúrgica. Traumatismos, e indicaciones para la esplenectomía. **Tumores retroperitoneales:** Acceso quirúrgico al retroperitoneo. Hematomas retroperitoneales.

- o Cirugía Hepato-bilio-pancreática: **Hígado:** Anatomía quirúrgica del hígado: segmentación hepática, variantes anatómicas de la vía biliar. Vascularización hepática: arteria hepática y vena porta. Drenaje suprahepático. Técnicas de imagen en cirugía hepática: ECO, ECO intraoperatoria, TAC, RMN, PET. Técnicas de acceso. Resecciones hepáticas. Abscesos hepáticos. Traumatismos hepáticos. Tumores primitivos hepáticos. Metástasis hepáticas: diagnóstico y tratamiento. Quistes hepáticos (bilíares, simples e hidatídicos). Hipertensión portal y sus complicaciones. Trasplante hepático. **Vías biliares:** Anatomía quirúrgica. Técnicas de imagen (ECO, CRMN, ERCP, CTH, Coledocosopia). Colelitiasis. Coledocolitiasis: diagnóstico y diferentes opciones quirúrgicas. Iatrogénica de la vía biliar. Fístulas biliares externas y estenosis de la vía biliar. Colangitis aguda. Sepsis de origen biliar. Neoplasias malignas de la vía biliar (Colangiocarcinoma intrahepático, Klatskin, Cáncer de vesícula, colangiocarcinoma distal). Quistes de la vía biliar. **Páncreas:** Anatomía quirúrgica: Vascularización, drenaje linfático y relaciones. Malformaciones: páncreas anular y divisum. Pancreatitis aguda y sus complicaciones: valoración de la gravedad, técnicas de imagen, manejo intensivo, indicaciones quirúrgicas, pseudoquistes pancreáticos. Pancreatitis crónica: diagnóstico y opciones terapéuticas. Cáncer de cabeza de páncreas y periampular: técnicas de diagnóstico, indicaciones, opciones técnicas de cirugía curativa y paliativa. Cáncer de cuerpo y cola pancreática. Neoplasias quísticas del páncreas. Tumores endocrinos del páncreas. Traumatismos del páncreas. Trasplante de páncreas
- o Cirugía Colorrectal: Anatomía quirúrgica. Técnicas exploratorias del colon, recto y ano: enema opaco, enema-TAC, colonoscopia y rectoscopia, RMN pélvica, ecografía endoanal. Pólipos y poliposis del colon. Cáncer de colon y recto: diagnóstico, secuencia adenoma-carcinoma, cáncer de colon hereditario (síndromes de Lynch y poliposis hereditarias), técnicas quirúrgicas resectivas y cirugía local del cáncer de recto. Diverticulosis y diverticulitis. Enfermedades inflamatorias del colon: colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn del colon. Lesiones isquémicas del colon: colitis isquémica. Vólvulos y pseudoobstrucción del colon. Traumatismos del colon. Patología anal y perianal: abscesos y fístulas perianales. Fisuras anales. Hemorroides. Prolapso rectal. Sinuspilonidal. Sinuspilonidal. Traumatismos del ano. ETS y ano. VIH y patología anal. Tumores del canal anal.

- Cirugía de Urgencias (Grandes síndromes y patologías urgentes más frecuentes a atender por el residente): Hemorragia digestiva alta y baja. Causticaciones. Valoración del paciente con abdomen perforativo. Atención inicial al paciente traumatizado. Traumatismos abdominales. Lesiones por arma blanca y arma de fuego. Obstrucción intestinal alta y baja. Diverticulitis aguda. Colecistitis y colangitis aguda. Apendicitis aguda. Peritonitis . Isquemia mesentérica
- Cirugía Bariátrica: indicaciones. Estudio preoperatorio y técnicas más frecuentes.
- Cirugía de los Trasplantes: inmunología del trasplante. Indicaciones del trasplante de hígado y páncreas. Selección de donantes. Trasplante de hígado y páncreas: técnica quirúrgica

El programa del residente de cirugía general y del aparato digestivo ha de tener un componente práctico muy amplio. El tutor seguirá de cerca el progreso del residente en la adquisición de las diferentes destrezas quirúrgicas procurando la adquisición de todas las técnicas fundamentales, pero programando el progreso en la enseñanza de estas técnicas en función de las habilidades y capacidades que vaya adquiriendo. Los procedimientos técnicos generales podrá adquirirlos en los primeros años de formación. Las técnicas quirúrgicas específicas son clasificadas según su grado de dificultad y serán distribuidas de forma progresiva a lo largo de la residencia. La progresiva especialización de la cirugía y la complejidad de diversas técnicas hacen que no pueda pretenderse que el residente sea capaz de efectuar como primer cirujano todas las técnicas propuestas. Durante su aprendizaje deberá adquirir experiencia como cirujano en la mayoría de ellas y como ayudante en otras, creando una base sólida que le permita en el futuro, según sus preferencias y posibilidades, especializarse en la realización de un determinado tipo de cirugía. Las principales técnicas en las que el cirujano en formación debe participar se detallan a continuación a modo de guía. En la mayoría de ellas el residente deberá adquirir experiencia como cirujano de forma obligatoria. En otras, actuará en principio como ayudante, pudiendo actuar como cirujano en función de sus aptitudes:

#### A. Técnicas generales

##### a) (Como cirujano)

- Limpieza quirúrgica y sutura de una herida. Cierre primario y terciario de heridas. Retirada de suturas
- Drenaje de abscesos de partes blandas

- Exéresis de una pequeña tumoración cutánea o subcutánea
- Canalización de vías periféricas y centrales
- Sondaje vesical
- Colocación de sondas nasogástricas
- Sondaje rectal
- Colocación de drenajes torácicos y toracocentesis.
- Infiltración anestésica
- Intubación orotraqueal. Maniobras de RCP básicas y avanzadas
- Manejo del instrumental quirúrgico abierto y laparoscópico
- Biopsia ganglionar
- Laparotomía y su cierre
- Toracotomía y su cierre
- Laparoscopia y toracoscopia exploradora
- Injertos de piel hendida. Colgajos básicos para la reparación de defectos miocutáneos.
- Estabilización de fracturas
- Técnicas de hemostasia
- Ecografía abdominal e intraoperatoria

B. Cirugía de la pared abdominal:

a) (Como cirujano)

- Herniorrafia y hernioplastia umbilical y de hernias epigástricas o de Spiegel
- Hernioplastias de la región Inguinocrural: técnicas de Lichtenstein y Rutkow-Robbins. Hernioplastia crural con y sin prótesis. Bassini y MacVay
- Eventroplastias más frecuentes: Rives, Chevrel, Eventroplastia por laparoscopia

C. Cirugía de tracto digestivo superior

a) (Como cirujano):

- Cirugía de la ulcera complicada: sutura de úlceras sangrantes. Sutura de úlceras perforadas. Vagotomía troncular y piloroplastias (de Heinecke-Mikulicz, Judd, Jabulay), antrectomías y reconstrucciones Billroth I o II.
- Gastrectomías subtotales y totales (reconstrucciones BI, BII, BIII)
- Linfadenectomías D2
- Funduplicaturas de Nissen y Toupet (laparoscópicas y/o abiertas)
- Esplenectomías
- Abordaje del retroperitoneo

- o Resecciones intestinales de delgado
- b) (como ayudante)
  - o Esofagectomías, cardiomiectomías, gastroplastias de Thal, reparación de divertículos de Zencker

#### D. Cirugía Hepato-bilio-pancreática

- a) (Como cirujano)
  - o Colectomías laparoscópicas y abiertas
  - o Colangiografía
  - o Exploración quirúrgica de la vía biliar. Coledocotomías. Coledoscopias. Coledocolitotomía. Coledocorrafias sobre tubo de Kehr. Coledocoduodenostomía. Hepaticoyeyunostomías. Esfinterotomías y esfinteroplastias.
  - o Biopsias hepáticas. Ecografía hepática. Resecciones hepáticas menores: segmentectomías periféricas. Seccionectomía II/III de lesiones accesibles.
  - o Fenestración de quistes hepáticos (laparoscópicos)
  - o Dobles derivaciones paliativas del cáncer de páncreas
  - o Drenaje de abscesos pancreáticos, necrosectomías
- b) (Como ayudante)
  - o Resecciones hepáticas mayores
  - o Duodenopancreatectomías cefálicas
  - o Esplenopancreatectomías corporocaudales

#### E. Cirugía Colorrectal

- a) (Como cirujano)
  - o Colectomías derechas
  - o Colectomías izquierdas
  - o Sigmoidectomías
  - o Resecciones anteriores de recto
  - o Colectomías totales y subtotales
  - o Amputaciones abdomino-perineales
  - o Colostomías. Ileostomías. Hartmann
  - o Drenaje de abscesos perianales.
  - o Tratamiento de las fístulas perianales
- b) (Como ayudante)
  - o Reservorios tras proctocolectomías totales

F. Cirugía endocrina

- a) (Como cirujano)
  - Tiroidectomías (hemitiroidectomías, tiroidectomías subtotales y totales)
  - Paratiroidectomías
  - Sistrunk
- a) (Como ayudante)
  - Parotidectomías
  - Suprarrenalectomías

G. Cirugía de la mama

- a) (Como cirujano)
  - Biopsias mamarias
  - Mastectomías
  - Vaciamientos axilares
- b) (Como ayudante)
  - Reconstrucciones mamarias

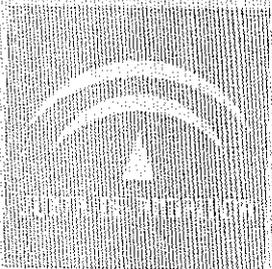
Todas las intervenciones propuestas, de dificultad variable, deberán ser introducidas progresivamente en el programa de formación de la especialidad. Se recogen de hecho cinco grados de dificultad para las diferentes técnicas de modo realizará las de grados bajos en sus primeros años de residencia mientras las de grados altos las dejará para los últimos años. El residente Tiene que finalizar su residencia dominando todas las intervenciones de los grupos 1 a 4 y algunas de las del grupo 5. Los grados de dificultad reconocidos, de nuevo a modo de guía, son los siguientes:

A. Intervenciones de Grado 1:

- Limpieza quirúrgica y sutura de una herida traumática de partes blandas
- Exéresis de una pequeña tumoración cutánea o subcutánea
- Biopsia ganglionar
- Laparotomía y su cierre
- Hemorroidectomía
- Tratamiento fisura anal

B. Intervenciones grado 2

- Reparación de hernia inguinal
- Apendicetomía
- Colocación de catéteres de diálisis peritoneal y similares

- 
- C. Intervenciones grado 3
- Vagotomía y piloroplastia
  - Colectomía simple
  - Mastectomía simple
  - Colectomía derecha
  - Funduplicatura de Nissen
  - Esplenectomía
- D. Intervenciones grado 4
- Colectomía + coledocotomía
  - Derivaciones biliares
  - Gastrectomía parcial
  - Mastectomía radical modificada
  - Tiroidectomía subtotal
  - Colectomía izquierda
- E. Intervenciones grado 5
- Amputación abdomino-perineal de recto
  - Resección anterior de recto
  - Gastrectomía total
  - Vaciamiento ganglionar radical de cuello
  - Hepatectomía reglada
  - Duodenopancreatectomía cefálica

## 6.4 Rotaciones

La formación como residente requiere de un programa de rotaciones por diferentes Unidades y Servicios que permita adquirir una gran variedad de conocimientos y habilidades características de una especialidad tan polivalente como la Cirugía general y Digestiva. Dicho programa de rotaciones será distribuido a lo largo de sus 5 años de residencia con dificultad creciente y recogerá rotatorios internos y externos.

A continuación se detalla tu programa de rotaciones para la residencia completa. No se trata de un programa rígido ya que se pretende personalizar el programa de rotaciones:

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septie	Octub	Noviem.	Diciem.
1 año R-1						Hpb.	Hpb.	Hpb.	TDS	TDS	End.	End.
2º año R-1/ R-2	Atenc Prima	Atenc Prima	Uro	Vasc.	Vasc.	UCI	UCI	UCI	C. Pediat	C. Pediat	C.Plast	Rx
3 año R-2/ R-3	CMA	CMA	CMA	Tórax	Tórax	Tds	Tds	Tds	Hpb.	Hpb.	Hpb.	colon
4º año R-3/ R-4	colon	Colon	Mama	Mama	End.	End.	End.	End.		Opcional	Opcional	Hpb
5º año R- 4/ R-5	Hpb.	Hpb.	Hpb.	Hpb.	Hpb.	Colon	colon	colon	Colon	colon	colon	Tds
6º año R-5	Tds	Tds	Tds	Tds	Tds							

Hpb: Rotación por Cirugía Hepato-bilio-pancreática, Hospital de Valme

Tds: Rotación por Cirugía del tracto digestivo superior (esofagogástrica) Hospital de Valme

End.: Rotación por Cirugía endocrina, Hospital de Valme

Colon: Rotación por Cirugía Colorrectal, Hospital de Valme

Urg: Rotación por Unidad de Cirugía Urgencias

CMA: Rotación por Cirugía Mayor Ambulatoria, Hospital del Tomillar

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

Tórax: Rotación por el Servicio de Cirugía Torácica, H. Virgen del Rocío o bien por el Hospital Universitario Reina Sofia en Cordoba

Mama: Rotatorio para formación en Cirugía de la mama, incluida reconstrucción de la mama. Unidad de Mama del Hospital de Valme (que actualmente dirige el Servicio de Ginecología y Obstetricia)

Pediat: Rotatorio por Cirugía Pediátrica: probablemente en el Hospital Virgen del Rocío, aunque se contemplan otras opciones

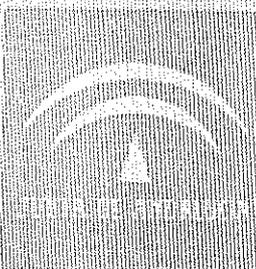
Plast.: Rotatorio por Cirugía Plástica, probablemente en el Hospital Virgen del Rocío, aunque se contemplarán otras opciones

Vasc.: Rotatorio por el Servicio de Cirugía Vasculat, Hospital de Valme

Rx: Rotatorio por el Servicio de Radio-diagnostico

URO: Rotatorio por el Servicio de Urología en el Hospital de Valme

Atenc Prima: Rotatorio obligatorio en Atención Primaria incluido por el Ministerio en fecha reciente. Se realiza en uno de los Centros de Salud del área Hospitalaria.



Realizarás un máximo de 5 guardias. Durante el primer año principalmente en el Servicio de Urgencias, completando las restantes en el Servicio de Cirugía. Los cuatro años restantes realizarás 5 guardias (cuatro laborables de lunes a viernes y un festivo) en el Servicio de Cirugía. El R2 también realizará guardias en el Servicio de Urgencias, variables, que irán descendiendo conforme avanza el año. Durante los rotatorios externos realizados en otro Hospital (Cirugía Pediátrica, Cirugía torácica, y Plástica ) el residente realizará sus guardias en el Servicio en el que rote. También en el rotatorio de UCI las guardias serán realizadas en el Servicio de Cuidados Intensivos. Tras el aumento de la jornada laboral a 37.5, y el acuerdo alcanzado con la Consejería de Salud, 5 horas al mes de una de las guardias no se cobrarán y se tendrá que justificar 5 horas al mes extra de actividad laboral fuera de las guardias y de la jornada de mañana. Las guardias del residente son distribuidas por el residente mayor y autorizadas por el tutor y por el Jefe de Servicio.

Durante el **primer año** de residencia el residente permanecerá en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, procurándose su integración en el funcionamiento del Servicio y en la progresiva introducción a la práctica de la especialidad. El entrenamiento será basado en la adquisición de una responsabilidad creciente y un control tutorial decreciente.

El entrenamiento de este primer año incluirá la capacitación para realizar historias clínicas, exámenes físicos e investigaciones complementarias en el paciente quirúrgico, con una utilización eficiente de los recursos humanos y materiales disponibles procurando en todo momento el máximo coste beneficio para el paciente, y de forma secundaria para la institución y el Servicio.

Otras habilidades que deberá adquirir incluyen la capacidad de exposición oral de historias clínicas, investigaciones, consideraciones razonadas sobre problemas clínicos planteados, resúmenes bibliográficos y lectura crítica de la literatura científica o interpretación de pruebas de imagen ante los miembros del Servicio o el Hospital. La formación clínica incluirá la discusión de casos clínicos verdaderos y/o simulados en los que el residente deberá plantear discusión sobre indicaciones quirúrgicas y opciones técnicas de tratamiento, siempre acorde con los conocimientos exigidos para su nivel de formación. Se pretende en esencia que sea parte de la actividad diaria del cirujano, aprendiendo a plantearse alternativas a un problema clínico surgido, concretando la necesidad de cirugía y

planteando la técnica que puede conllevar un mayor beneficio con una menor morbi-mortalidad. Esta capacidad de discusión clínica se considera fundamental para la formación del especialista a lo largo de todos sus años de formación.

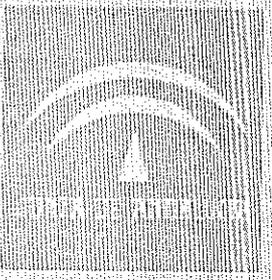
Deberá dominar las técnicas de asepsia y antisepsia, la preparación del paciente para la cirugía desde consultas, la planta o en el mismo quirófano. Conocerá la infraestructura hospitalaria y dominará el instrumental quirúrgico así como las diferentes técnicas de sutura, para lo que se habilitarán bancos de pruebas (simuladores de laparoscopia, sutura sobre piel sintética o animal). La actividad quirúrgica comenzará como segundo ayudante pasando gradualmente a primer ayudante y finalmente como cirujano para las intervenciones y gestos técnicos de los grados bajos de dificultad (grados 1 y 2), aunque podrá adaptarse la dificultad técnica en función de las aptitudes propias que vaya desarrollando.

También comenzará en este primer año sus rotatorios por otros Servicios, en los que pasará casi todo tu segundo año. Los rotatorios externos que realizará durante este primer año son:

**Atención Primaria:** Se trata de un rotatorio obligatorio implantado por el Ministerio para la mayoría de las especialidades. El residente pasará 2 meses en un Centro de Salud (la duración de 2 meses es también obligatoria). Los objetivos de este rotatorio son fomentar la relación entre el primer nivel y el segundo nivel de la atención sanitaria, para que el residente conozca bien las causas de derivación al especialista quirúrgico desde primaria y luego vea como siguen a nuestros pacientes una vez abandonan el hospital. Es el rotatorio menos quirúrgico.

**Cirugía Plástica:** El rotatorio constará de un mes, en el que el residente deberá captar: los conocimientos básicos de atención de heridas complejas y su reparación, la toma y colocación de injertos y elaboración de los colgajos más frecuentes y menos complejos para la reparación de defectos de sustancias. Tomará conciencia del manejo inicial de los enfermos con quemaduras y del tratamiento quirúrgico de las lesiones más comunes de piel y anejos cutáneos.

**Servicio de Cirugía Vascolar:** Se realizará durante dos meses en el Servicio de Cirugía Vascolar del Hospital de Valme. Se pretende que el residente conozca y domine las vías de accesos a los vasos, así como la disección y control de los troncos vasculares. Deberá adquirir capacidad para la sutura vascular y conocimientos sobre anastomosis vasculares, injertos y prótesis de sustitución. Se



le instruirá en la solicitud e interpretación de las exploraciones complementarias propias de la patología vascular y deberá obtener un conocimiento básico sobre la farmacología vascular. Es fundamental que el residente aprenda el manejo de la patología isquémica arterial aguda, dominando su diagnóstico y realizando las técnicas terapéuticas quirúrgicas básicas (por ejemplo embolectomías). Se pretende que aprenda a valorar y a tratar hasta cierto nivel de dificultad la patología arterial crónica, debiendo adquirir nociones de cirugía exéretica de los miembros inferiores consecutivas a dicha patología isquémica. Durante este rotatorio se le instruirá asimismo en el estudio y tratamiento de la patología venosa (insuficiencia venosa crónica, trombosis venosa, úlceras varicosas, safenectomías...)

Durante el **segundo año** de formación realizará fundamentalmente rotaciones por otros Servicios. Se marcará un programa de objetivos concretos para cada rotación externas, vigilándose por el tutor la consecución de dichos objetivos. Los rotatorios externos incluyen los siguientes Servicios:

**Cirugía Torácica:** Este rotatorio, de dos meses de duración ha de desarrollarse forzosamente en otro centro hospitalario al no existir dicha especialidad en el Hospital de Valme. El centro más cercano, en el Hospital Virgen del Rocío reúne las condiciones necesarias para la rotación aunque podrían contemplarse otras posibilidades. Durante su estancia en este Servicio debe adquirir conocimientos para realizar historia clínica, identificación y descripción de los problemas clínicos planteados relacionados con las enfermedades del tórax, así como para plantear soluciones terapéuticas quirúrgicas. Adquirirá capacidad de interpretar datos obtenidos por pruebas de imágenes del tórax (radiografías simples, tomografías, TAC, gammagrafía, broncoscopias...). Quirúrgicamente debe aprender a realizar toracocentesis, tratamiento de urgencia del neumotórax espontáneo y del empiema pleural. Conocerá las vías de acceso a tórax y mediastino, realizando toracotomías y su cierre. Durante este rotatorio además aprenderá a colocar drenajes torácicos y obtendrá nociones de la atención del paciente con traumatismo del tórax.

**Cuidados Intensivos:** Siendo uno de los rotatorios menos quirúrgicos, es una de las estancias más necesarias para el cirujano general. El residente deberá adquirir en UCI algunas técnicas y metodologías propias de la Medicina Intensiva, así como aprender sobre los mecanismos fisiopatológicos y las medidas terapéuticas en las situaciones críticas habituales. En el programa de formación

en este Servicio, entre otros contenidos, figuran: la representación gráfica de la evolución de las constantes vitales en el paciente crítico, el cálculo de balances de líquidos y electrolitos, la colocación de catéteres venosos centrales y el conocimiento de sus vías de acceso (subclavia, yugular y femoral), el conocimiento de las técnicas de intubación traqueal y de las técnicas de reanimación cardiopulmonar, conocimientos básicos sobre ventilación mecánica y monitorización de gases y volúmenes, análisis de gasto cardiaco, valoración del estado nutricional, métodos de nutrición artificial. El residente adquirirá conocimientos sobre el manejo de las situaciones urgentes y emergentes más habituales: insuficiencia respiratoria aguda, indicaciones de intubación traqueal, indicaciones de traqueotomía, indicaciones de ventilación mecánica, alteraciones del equilibrio hidro-electrolítico, alteraciones hemodinámicas y shock, utilización de drogas vasoactivas, insuficiencia renal y dosificación farmacológica más habitual, politraumatizados, trastornos de coagulación.

Radiología: este rotatorio, de un mes, se realizará en el Servicio de radiodiagnóstico. El uso de las pruebas complementarias es fundamental para el cirujano. El conocimiento de la realización de ecografías digestivas tiene su principal utilidad en el ámbito de las urgencias, para poder obtener datos complementarios en el contexto de un abdomen agudo, o bien en el caso del estudio y seguimiento de las complicaciones postquirúrgicas (detección de abscesos, líquido libre...). Por otra parte, resulta de gran importancia que el cirujano adquiera conocimientos de valoración ecográfica hepatobiliar, posibilitando identificación de problemas, elaboración de diagnósticos así como actuaciones terapéuticas (drenajes de colecciones, sondaje biliar...). Por último, el conocimiento de la ecografía abdominal facilitará el aprendizaje del manejo del ecógrafo intraoperatorio para la valoración anatómica, diagnóstica y estadificadora durante la laparotomía. El residente también deberá aprender a conocer la anatomía normal en una imagen TAC o de RMN, así como el reconocimiento de las principales anomalías detectables en un TAC que interesan a la especialidad. Deberá aprender la mecánica de realización del TAC y RMN y los diferentes medios de contraste que se emplean. Finalmente, las pruebas radiológicas contrastadas de estudio digestivo como el estudio gastroduodenal, tránsito digestivo y enema opaco, así como las colangiografías transKehr también deberán ocupar su tiempo en este rotatorio

Cirugía Pediátrica: La duración del rotatorio será de dos meses. Se pretende que el residente conozca los aspectos quirúrgicos básicos en la

exploración del recién nacido, así como la actitud inmediata ante las principales malformaciones congénitas. Aprenderá a valorar el abdomen agudo del lactante y las patologías quirúrgicas más frecuentes de la edad pediátrica (hernias de pared abdominal, invaginación intestinal, apendicitis aguda, divertículo de Meckel, torsión testicular. Es importante que conozca el calendario quirúrgico de las intervenciones más frecuentes en la infancia y que comprenda el manejo hidro-electrolítico en el niño. El residente deberá iniciarse en las técnicas quirúrgicas en Cirugía Pediátrica y en las técnicas de punción y de acceso venoso de los niños.

Urología: En este rotatorio deberá saber realizar una anamnesis, exploración física y pedir pruebas complementarias al paciente con enfermedad urológica, según refiere tu programa de la especialidad. Deberá aprender a resolver al menos en primera instancia los problemas urológicos urgentes más habituales: sepsis de origen urológico, hematuria, retención urinaria, traumatismos urológicos y patología testicular urgente. También rotará por la unidad de suelo pélvico.

Del **tercer a quinto año** el residente se introducirá de lleno en las actividades del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, realizando una flexible rotación interna por los diferentes grupos de patología. Gradualmente pasará de ser ayudante a ser cirujano en la mayoría de las intervenciones asignadas hasta conseguir durante el último año una formación quirúrgica suficiente para actuar de forma inmediata como cirujano hasta el nivel técnico mínimo de un hospital comarcal. Durante el cuarto año de residencia se reservan dos meses de rotatorios opcionales que serán utilizados para programar rotaciones externas para perfeccionar o especializarse en determinados aspectos de la cirugía. Dicho rotatorio le servirá para conocer otros Hospitales e incluso otros centros sanitarios, recomendándose la estancia en centros extranjeros o centros nacionales de reconocido prestigio en alguno de los campos de la cirugía. Podrás optar por llenar una laguna de su formación, obtener conocimientos concretos de un aspecto más concreto de la especialidad, o acudir a un centro de cierta relevancia o prestigio para conocer su funcionamiento y en la medida de lo posible integrarse en él para adquirir así los máximos conocimientos. Dicho rotatorio será individualizado para cada residente, siendo su opinión y su aptitud fundamental para elegir dicho rotatorio.

## 6.5 Actividades propias de la formación del residente

Actividades asistenciales: el especialista en formación es un médico formándose para ser cirujano, y por tanto debe permanecer en continua relación con los pacientes aprendiendo de su interrelación pero también procurando su atención, valoración, diagnóstico y tratamiento con la mejor relación riesgo beneficio y la menor morbi-mortalidad. El residente tiene un papel fundamental en la asistencia diaria de los pacientes y debe ejercer su labor en:

Planta de Hospitalización: colaborará en el pase de sala, atendiendo a los pacientes de forma autorizada, al principio con seguimiento presencial de los médicos especialistas a cuyo cargo será asignado. Aprenderá a realizar historias clínicas, exploraciones físicas y a valorar la necesidad e idoneidad de las pruebas complementarias así como a interpretar el resultado de estas, muy especialmente de las pruebas de imágenes (Radiografías, Ecografías, TAC, RMN, CRMN, PET, ERCP, mamografías...). Su labor se centrará en la valoración de los pacientes para confirmar o descartar patología quirúrgica, en la preparación de los pacientes candidatos a cirugía y en la vigilancia postoperatoria de los pacientes postoperados para detectar la aparición de complicaciones postoperatorias. Se valorará muy especialmente el seguimiento personal por parte del residente, de principio a fin del proceso, de aquellos pacientes intervenidos por el y por ello a su cargo. Aprenderá a rellenar todos los documentos relacionados con la asistencia en planta de hospitalización: historia clínica, hoja de evolución y de tratamiento, informa de alta, consentimientos informados. Por último, se valorará muy especialmente el trato personal del médico residente con los pacientes procurando adquirir, además de habilidades médicas, habilidades sociales, comunicativas y humanitarias.

Consultas Externas: De forma complementaria, deberá tener ciertas horas de formación dedicadas a la asistencia de los pacientes en consultas externas donde poder realizar el estudio ambulatorio de las enfermedades quirúrgicas propias de la especialidad, establecer indicaciones quirúrgicas y revisar los resultados a largo plazo de las intervenciones quirúrgicas realizadas.

Quirófano: el residente quirúrgico dedica una gran parte de su formación a la adquisición de habilidades quirúrgicas tanto en situaciones electivas como urgentes. Aprenderá a preparar el paciente en el quirófano para la correcta realización de la cirugía, a tomar la mejor opción técnica posible para cada caso y

a resolver las técnicas quirúrgicas y los problemas o incidentes surgidos con la mayor seguridad posible. El horario semanal del residente podrá ser flexible pero debe incidirse de forma muy importante en la necesidad de horas quirúrgicas.

**Guardias:** La formación asistencial se completa con la realización de guardias médicas. En el primer año de la formación del residente realizará guardias en el Servicio de Urgencias (cuatro). Durante el resto de las guardias de los 4 años siguientes (5 al mes) , realizadas en Servicios Quirúrgicos, aprenderá a valorar la patología quirúrgica urgente, a estabilizar los pacientes, a valorar la necesidad de ingreso hospitalario y de cirugía urgente. Durante la guardia, para asegurar la óptima atención del paciente, el residente será debidamente tutorizado por un médico especialista hasta lograr la toma de responsabilidades crecientes y la autorización decreciente.

**Actividades Docentes:** El MIR es un médico y como tal presta la atención necesaria a los pacientes que atiende. Pero es además un médico en formación y por tanto debe ejercer parte de su actividad diaria como docente y como discente. Procurará su formación propia, además de colaborar en la formación de los residentes de años inferiores, siendo uno de los eslabones fundamentales en la cadena formativa. Su actividad docente semanal se dividirá en tu participación en:

- o **Sesiones:** se realizarán semanalmente varias sesiones cuyo contenido podrá ser clínico, analizando casos abiertos y cerrados para discutir opciones diagnósticas y técnicas, o bien bibliográficas, en las que aprenderá a ejercer una lectura crítica de la bibliografía analizando pormenorizadamente artículos de interés de las revistas más relevantes de la especialidad y afines. Se introducirán asimismo sesiones anatomo-clínicas con el Servicio de Anatomía Patológica y clínico-radiológicas con el servicio de Radiodiagnóstico, así como otras reuniones interservicio con los Servicios más afines como Digestivo, Anestesia, Oncología o UCI. El papel del residente será tanto el de atender a dichas sesiones como el de participar activamente preparando su exposición pública o bien discutiendo los datos presentados cuando actúe como discente. Por último, se establecerán sesiones hospitalarias a las que deberá asistir y participar de forma obligatoria. El encargado de organizar las sesiones es el residente de cuarto año.

- **Cursos y seminarios:** se estimulará la matriculación del residente en cursos de especial interés para su formación, procurando su formación continuada. Dentro del propio Servicio se establecerán medios audiovisuales y simuladores que permitan el aprendizaje fuera de la asistencia clínica de la cirugía y sus técnicas.
- **Contenidos no médicos:** finalmente, la actividad formativa del residente deberá completarse voluntariamente con la adquisición de conocimientos no directamente relacionados con la medicina pero de gran utilidad para la actividad asistencial e investigadora diaria (informática, idiomas, estadística...).

Actividades Investigadoras: La investigación es una parte fundamental de la actividad del residente, y una de las mejor valoradas en la realización del currículo profesional, por lo que será necesario que el residente dedique parte de su formación a este aspecto mediante:

- **Elaboración de proyectos de investigación,** como colaborador o investigador. La elaboración del proyecto incluye el planteamiento de un problema científico, la búsqueda exhaustiva de bibliografía, el diseño de un estudio clínico o experimental, la puesta en marcha del mismo y la elaboración de un informe de conclusiones, así como su comunicación a congresos o su publicación. Por último, de la elaboración de un proyecto de investigación podrá derivarse la realización de una tesis doctoral, para optar al máximo rango académico.
- **Comunicaciones y ponencias a congresos:** deberá participar en la elaboración de trabajos científicos (trabajos de revisión, estudios prospectivos, ensayos clínicos...) de calidad para lo que será asesorado por el tutor así como por los demás miembros del Servicio y de la Unidad de Investigación. Se facilitará que el residente comunique los trabajos en los que participe en congresos, cursos y simposios de la especialidad para impulsar su capacidad de comunicación oral, fomentar su relación con los miembros de la comunidad científica y posibilitar el intercambio de información científica.
- **Publicaciones en revistas:** finalmente, aquellos trabajos que acrediten

una calidad suficiente serán enviados para optar a publicación en revistas científicas, preferentemente en las recogidas en e SCl, aunque también en otras de ámbito internacional, nacional o regional relacionadas con la especialidad

- **Tesis doctoral:** la realización de la tesis doctoral durante el periodo de residencia no es fundamental, pero es deseable que el residente obtenga la información y facilidad suficiente para plantear el inicio de un proyecto de investigación que culmine en una tesis doctoral durante la residencia o durante los primeros años posteriores a su finalización.

Cursos de Formación: El residente tendrá que realizar cursos de formación específicos en función del año de residencia. El programa Oficial de la Comisión Nacional de la Especialidad recomienda la realización de los siguientes cursos:

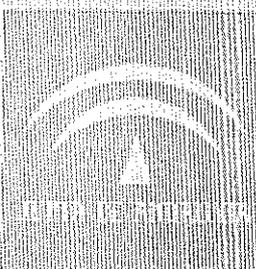
- a) Residente de primer año:
  - Metodología de la investigación Bioética.
  - Gestión Clínica
  
- b) Residentes de segundo año:
  - Formas de producción científica
  - C.M.A.
  - Infección quirúrgica.
  
- c) Residentes de tercer año:
  - Pared abdominal y hernias
  - Iniciación práctica a la Cirugía Endoscópica
  
- d) Residentes de cuarto año:
  - Cirugía Endocrina. Cirugía de la Mama
  - Cirugía Esofagogástrica
  - Asistencia a Politraumatizados.
  
- e) Residentes de quinto año:
  - Cirugía HBP
  - Cirugía colorrectal
  - Cirugía laparoscópica avanzada.

- Trasplante de órganos.

No obstante, el año de la realización de los cursos puede ser intercambiable. 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 organizan esos cursos 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](http://www.aecirujanos.es).

- Curso de formación en cirugía endoscópica para residentes de primer año. Marzo (organizado en múltiples centros. Este 2015 en Sevilla en nuestro Hospital en el mes de Abril)
- Curso de Formación en Patología de la Mama para Médicos Internos y Residentes de Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGAD) y Especialistas Quirúrgicos. Junio (organizado en múltiples centros)
- Curso de Proctología para residentes de 3er y 4º año. Mayo (organizado en múltiples centros)
- Curso de Cirugía esofago-gástrica para residentes de 4º y 5º año (organizado en múltiples centros de Febrero a Abril)
- Curso de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática para residentes de 5º año. En noviembre (organizado en Sevilla)
- Curso de Cirugía endocrina para residentes (organizado en Abril por el HUVRocío)
- Curso de Hernia Inguinal para residentes (organizado anualmente por la Asociación Española de Cirujanos en Getafe)

Finalmente es obligatorio para los residentes de cirugía y rotantes la inscripción en el Curso de Suturas y Cirugía Menor organizado por el Dr. Gordillo Urizal anualmente en nuestro centro para residentes de primer año.



En cuanto a los **Congresos de Cirugía** a los que el residente debe asistir, participando además activamente con la remisión de comunicaciones frutos de sus proyectos de investigación, son principalmente el Congreso de la Asociación Española de Cirujanos (habitualmente en Noviembre) y el Congreso de la Asociación Andaluza de Cirujanos (habitualmente en Junio)

## 6.6 Niveles de responsabilidad

El sistema de residencia se base en el aprendizaje mediante la adquisición progresiva de responsabilidades. Así, en los primero años de residencia su labor asistencial debe estar vigilada y asesorada por médicos especialistas, cuidando en todo momento de que el paciente reciba una asistencia correcta. En los últimos años de la residencia requerirá una tutorización decreciente de forma que tomes decisiones por si mismo, asumiendo las responsabilidades propias del cirujano general y digestivo. En todo caso deberá contar con un referente para, en caso de duda, poder consultar en todo momento.

## 6.7 Medicina basada en la evidencia, calidad asistencial y gestión clínica

El cirujano moderno deber hacer frente a conocimientos y habilidades que más que ser propias para el desarrollo de la especialidad, proporcionan herramientas para poder desempeñar la labor de cirujanos de forma correcta. Existen nuevos conceptos que implican al médico en una práctica más fiable procurando la óptima asistencia a los pacientes y minimizando el coste para la institución y el sistema sanitario. El residente será guiado en los conceptos relativos a la medicina basada en la evidencia procurando que su práctica clínica esté lo más fundamentada posible, evitando la variabilidad en sus actuaciones. Se le instruirá en la consulta, seguimiento e incluso en la elaboración de protocolos asistenciales y guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia disponible. El residente será también instruido en la revisión crítica de los resultados, valorando indicadores establecidos en el Servicio de forma que participe en la gestión de la Calidad Asistencial del Servicio contribuyendo con su labor a mejorar los resultados y comprendiendo conceptos claves para su práctica futura. Por

último, y en el contexto de la calidad asistencial, se fomentará la participación del residente en cursos y seminarios de gestión clínica que le pudieran ser de utilidad en su ejercicio profesional.

## **6.8 Documentación, registro de actividades y libro del residente**

Será obligación del residente llevar de forma actualizada un registro de todas sus actividades formativas asistenciales, docentes e investigadoras mediante el uso del llamado libro del residente. Dicho libro permitirá al tutor conocer la evolución del residente y por tanto facilitar la recuperación de aquellas áreas cuya formación sea aún incompleta. Este libro tiene formato electrónico y te será enviado por la Comisión Local de Docencia. Además del libro, el residente procurará recoger toda la certificación acreditativa de su actividad (comunicaciones, cursos, ponencias, artículos) de modo que la elaboración posterior de un currículum vital profesional para el ejercicio de su especialidad sea mucho más fácil. Todas las actividades que vayas realizando las deberá introducir en su página personal de la página [www.portaleir.com](http://www.portaleir.com), para que sean validadas por el tutor. El libro electrónico del residente se rellenará para cada año de formación y también se subirá a la página mencionada. Es fundamental que todas tus actividades estén correctamente introducidas en el portaleir ya que sino no podrás ser evaluado y no podrás pasar a tu segundo año de residencia.

Asimismo, tendrás que rellenar el Registro de Actividad Quirúrgica (en formato electrónico en Excel) y la encuesta de satisfacción de cada rotatorio que se rellena directamente en portaleir.

## **6.9 Evaluación**

Es misión del tutor evaluar la actitud y aptitud del residente a lo largo de su ejercicio. Se realizará una evaluación continua día a día de su formación en las distintas vertientes de esta mediante la observación directa por parte del tutor y el resto de los miembros del Servicio que colaboran en la docencia. Cada trimestre se realizará además una evaluación más objetiva mediante entrevista personal y estudio del libro del residente, para detectar las posibles lagunas formativas y obtener oportunidades de mejora. El documento adjunto de la entrevista estructurada que se emplea como guión se ha añadido al final del itinerario. Además, cada rotatorio, interno o externo, se evaluará a la finalización del mismo según los ítems específicos del impreso facilitado por la Comisión Local

de Docencia. Esta evaluación la realizarán los responsables de la Unidad o Sección por la que el residente rote. Es responsabilidad del residente recoger la evaluación tras cada rotatorio (en la ficha uno, que se añade al final del itinerario ) debidamente rellena por el tutor a cargo del rotatorio y formada por el jefe de Servicio, y entregarla al tutor. El tutor realizará una evaluación global del residente atendiendo a su libro del residente que supondrá el 50% de la nota final. Además, el Jefe de Servicio añadirá un complemento a dicha nota

Tu evaluación completa será anual, y su resultado será el que se obtenga de sumar la puntuación de cada rotatorio y de las notas emitidas por el tutor y el jefe de servicio, de tu asistencia a sesiones hospitalarias, de tu participación en tareas de gestión y de tu actividad docente (cursos) e investigadora (comunicaciones y publicaciones o proyectos de investigación). Tendrá un valor de suspenso, si la puntuación global es por debajo de 1, de aprobado si es de entre 1 y 1.99, destacado si la puntuación obtenida está entre 2 y 2.99, y finalmente será excelente si es de 3. Cualquier evaluación superior a 2.5 requerirá un informe complementario que la justifique.

Existirán reuniones trimestrales con el tutor de cara a intentar detectar las lagunas formativas (lo que ahora los gestores llaman el GAP competencial) que tenga el residente para que puedan ser corregidas. Se pasarán encuestas de valoración de los rotatorios para que el residente comente en que aspecto pueden ser mejorados.

## **6.10 Organización general de la docencia en un servicio**

La docencia del residente de la especialidad de Cirugía General y Digestiva que nos ocupa debe realizarse preferentemente, excluidos rotatorios externos, en un Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. La cartera de servicios hace posible la formación clínica del residente en la mayoría de las técnicas quirúrgicas que el programa de la Comisión Nacional de la Especialidad recoge, debiéndose realizar solo rotatorios externos para la formación en trasplante hepático y de la cirugía mamaria (reconstrucciones)

El residente deberá trabajar integrado en el Servicio de Cirugía siendo uno más de sus miembros, colaborando a su buen funcionamiento. A su vez, todos los miembros de las secciones de cirugía colaborarán en la formación de los residentes. El residente debe ser tutorizado por un médico especialista a cuyo

cargo quedará para la realización de determinadas actividades (quirófano, guardias). En principio todos los miembros de las secciones quedan encargados de dicha tarea, salvo que se observase que alguno de ellos no colaboren dicha tarea, en cuyo caso se procurará asignar la formación del residente a aquellos médicos adjuntos especialmente dedicados, coordinados por el tutor. Dado que la misión de la actividad asistencial es la formación del residente y no cubrir una laguna asistencial, no se programará la actividad diaria con la indispensable presencia de un residente.



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

ÁREA HOSPITALARIA DE VALME

## ENTREVISTA TRIMESTRAL

**Apellidos:**

**Nombre:**

**Especialidad:**

**Año de formación:**

**Fecha de entrevista:**

**Tutor/a que realiza la entrevista:**

### 1. ROTACIONES:

Internas (propias del servicio o de otros servicios intrahospitalarios):

Externas:

### OBJETIVOS DURANTE LA ROTACIÓN

El residente tiene que conocer los objetivos: conocimientos teóricos y mapa de competencias (habilidades y actitudes) de la rotación.

### OBJETIVOS CONSEGUIDOS

Detallar la relación de los conocimientos y habilidades más útiles que hayas aprendido durante este periodo de rotación. Describe: los conocimientos y habilidades de nueva adquisición, los que has recibido una visión novedosa (basada siempre en buenas prácticas clínicas) o los que su ampliación te ha afianzado en la práctica clínica. No incluir aquellos conocimientos o habilidades que ya estaban consolidados y para los que la rotación no ha sido esencial.

--

Área Hospitalaria de Valme  
Unidad Docente de Cirugía General y del Aparato Digestivo

**ACTIVIDADES REALIZADAS MAS ENRIQUECEDORAS PARA LA FORMACIÓN**

Detallar

**OBJETIVOS QUE FALTAN POR CONSEGUIR**

Detallar

**CRITERIOS MÍNIMOS QUE FALTAN PARA APROBAR LA ROTACIÓN**

El residente tiene que conocer los criterios mínimos para aprobar la rotación (descritos en el Itinerario Formativo de la Especialidad).

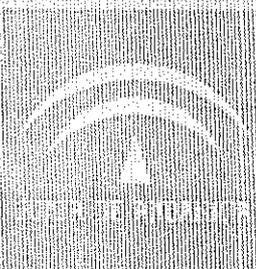
Detallar los criterios mínimos que aún no han sido superados.

**¿QUÉ CREES QUE PODEMOS HACER (O PUEDES HACER) PARA ADQUIRIR LOS CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES QUE TE FALTAN?:**

**2. SESIONES PRESENTADAS (clínicas, bibliográficas...)**

**3. OTRAS ACTIVIDADES (publicaciones, comunicaciones a Congresos, cursos...)**

**4. APORTACIONES A LA GESTION DEL SERVICIO Y ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE RESIDENTES (colaboración en el planning de guardias, protocolos realizados/revisados...)**





**5. REVISIÓN DEL LIBRO DEL RESIDENTE**

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

**6. Problemas e incidencias en el período (en rotaciones, guardias, etc.) y posibles soluciones:**

**7. OBSERVACIONES**

**Fecha:**

**Firma de la entrevista:**

**Fdo:**  
**Residente**

**Fdo:**  
**Tutor/a**

MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA  
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

FICHA 1

EVALUACION ROTACION (\*)

APELLIDOS Y NOMBRE		
NACIONALIDAD	DNI/PASAPORTE	
CENTRO		
TITULACION	ESPECIALIDAD	AÑO RESIDENCIA
TUTOR		

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

EVALUACION CONTINUADA		CALIFICACION
A.- CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES		
A.1.- NIVEL DE CONOCIMIENTOS TEÓRICOS ADQUIRIDOS		
A.2.- NIVEL DE HABILIDADES ADQUIRIDAS		
A.3.- HABILIDAD EN EL ENFOQUE DIAGNOSTICO		
A.4.- CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES		
A.5.- UTILIZACION RACIONAL DE RECURSOS		
<b>MEDIA (A)</b>		

B.- ACTITUDES		CALIFICACION
B.1.- MOTIVACION		
B.2.- DEDICACION		
B.3.- INICIATIVA		
B.4.- PUNTUALIDAD/ASISTENCIA		
B.5.- NIVEL DE RESPONSABILIDAD		
B.6.- RELACIONES PACIENTE/FAMILIA		
B.7.- RELACIONES EQUIPO DE TRABAJO		
<b>MEDIA (B)</b>		

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

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

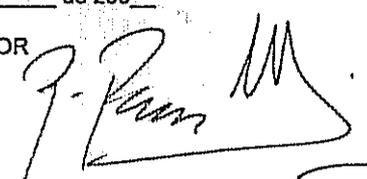
(1) En caso de resultar calificación negativa (menos de 1) o de excelente(3), deberá acompañarse esta Ficha 1 de un breve informe justificativo

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

VISTO BUENO: EL JEFE DE LA UNIDAD

EL TUTOR

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: 

Nota: Esta Ficha 1 deberá hacerse llegar a la finalización de la rotación, en sobre cerrado, a la secretaria de la Unidad Docente, preferentemente a través del propio residente. Su ausencia en la evaluación anual puede disminuir la calificación del residente.

\* Criterios para su cumplimentación al dorso

Área Hospitalaria de Valle  
 Unidad Docente de Cirugía General y del Aparato Digestivo

Área hospitalaria de volume

Unidad Docente de Cirugía General y del Aparato Digestivo

