



GUÍA ITINERARIO FORMATIVO TIPO (GIFT)

Cirugía General y del Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol Área Sanitaria de Ferrol (ASF)

Entidad Titular:	ASF FERROL
Elaborada por: UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	
Tutora: Dra. Eulalia Vives Rodríguez	
Jefe de Servicio: Dr. Manuel Díaz Tie	
Aprobado en Comisión de Docencia de fecha:	Abril 2019
Fecha última revisión:	Junio 2020
Fecha próxima revisión:	ABRIL 2021
Procedimiento difusión:	Unidad de Docencia e Investigación Ferrol
El Presidente de la Comisión de Docencia	Secretaria de la Comisión de Docencia
Fdo.: Dr. Ramón López de los Reyes	Fdo.: Dña. Cruz Sabio Tejeiro



1. LA UNIDAD DOCENTE DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

1.1. El centro Docente

1.1.1. Comisión de Docencia

1.1.1.1 Composición y funciones

1.1.1.2 Jefatura de Estudios

1.1.2. Subcomisión de Enfermería

1.1.2.1 Composición y funciones

1.1.3. Plazas acreditadas totales y por especialidad

1.2. Estructura funcional de la Unidad Docente de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

1.2.1. Localización y estructura

1.2.2. Recursos humanos

1.3. Dispositivos de la Unidad Docente

1.4. Tutores (roles y responsabilidades)

1.5. Colaboradores docentes (roles y responsabilidades)

2. INFORMACIÓN LOGÍSTICA

2.1. Toma de posesión

2.2. Documentación para la firma del contrato

2.3. Derechos y deberes

2.4. Lencería

2.5. Salario

2.6. Solicitud de acceso a IANUS (historia clínica electrónica)

2.7. Normas para solicitud y concesión de permisos

2.7.1. Impresos

2.7.2. Vacaciones

2.7.3. Días de libre disposición

3. LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO

3.1 Definición de la especialidad

3.2 Normativa.

3.3 Referencias al Programa oficial de la especialidad.

4. LA FORMACIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO

4.1 Objetivo general de la formación.

4.1.1 Objetivos docentes

4.1.1.1 Conocimientos

4.1.1.2 Habilidades (Niveles de Responsabilidad / Grado de Complejidad)

4.1.2 Objetivos asistenciales

4.1.3 Otros objetivos

4.1.3.1 Actitudes Genéricas

4.1.3.2 Actitudes Profesionales y científicas

4.2 Organización de la tutoría.

4.3 Plan de evaluación formativa anual y final

4.3.1 Evaluación formativa/continuada

4.3.2 Evaluación sumativa

4.4 Documentos o bibliografía de apoyo.

4.4.1 Libros de la especialidad de Cirugía General y Ap. Digestivo

4.4.2 Revistas de la Especialidad

4.4.3 Instituciones y Sociedades Científicas



4.5 Programa teórico complementario y desarrollo del itinerario formativo.

4.5.1 Programa teórico común y específico complementario

4.5.1.1 Asistencia a cursos y congresos

4.5.2 Rotaciones

4.5.3 Atención continuada

4.5.4 Sesiones clínicas

4.6. Protocolo de supervisión.

ANEXO 1. Temario orientativo según año de residencia



1. LA UNIDAD DOCENTE DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

El CHUF es una entidad pública dependiente de la Consellería de Sanidad de la Comunidad Gallega. Es responsable de la asistencia especializada del área de Ferrolterra, que cuenta con una población de 193.588 habitantes (censo SIP 2015).

El complejo está formado por el Hospital Arquitecto Marcide (HAM), Hospital Novoa Santos, Hospital Básico de Defensa y el Centro de Especialidades (integrado dentro del HAM en su zona oeste).

El Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo tiene acreditación para Formación especializada: 1 plaza para la formación MIR anual.

Este Servicio tiene una óptima carga asistencial, por lo que constituye un medio propicio para la capacitación profesional del Médico residente a través del ejercicio progresivo de las funciones del Especialista. Además, el programa complementario de sesiones clínicas, rotaciones y cursos con un espíritu eminentemente práctico, permiten la adquisición de conocimientos teóricos. Además, estimulamos la investigación científica mediante la realización de protocolos asistenciales y presentación de trabajos en congresos y revistas especializadas.

El contenido actual de la especialidad es amplio y, debido a la capacitación del/de la residente para el tratamiento integral del paciente, es previsible que su campo de actuación se continúe ampliando para abarcar todo tipo de nuevas terapias. Es por ello que nuestro complejo hospitalario forma parte de la formación de estos especialistas, como así sucede en otras áreas de similares características.

1.1. El centro Docente

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

1.1.1. Comisión de Docencia

1.1.1.1 Composición y funciones

Las comisiones de docencia son los órganos colegiados a los que corresponde organizar la formación, supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos previstos en los programas formativos de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud.

Asimismo, corresponde a las comisiones de docencia facilitar la integración de las actividades formativas y de los residentes con la actividad asistencial y ordinaria del centro, planificando su actividad profesional en el centro conjuntamente con los órganos de dirección de este.

La Comisión de Docencia del ASF está constituida por:

- **Presidente.** Corresponde al jefe de estudios
- **Vicepresidente.** Sustituirá al presidente en los casos de vacante, ausencia o enfermedad. Será designado por acuerdo adoptado por la mayoría absoluta de sus miembros entre los vocales.
- **Secretario.** Con voz, pero sin voto en las reuniones de la misma. Será designado por la Gerencia o Dirección del hospital entre el personal de los servicios administrativos. De igual forma, se designará como secretario suplente al representante de residentes que sustituirá al titular en caso de vacante, ausencia o enfermedad. Corresponderá al secretario además de las funciones contempladas en la Ley 40/2015 atender al funcionamiento administrativo de la Comisión de Docencia y al mantenimiento de los archivos de la misma, donde se custodiarán los expedientes docentes de los especialistas en formación
- **Representante de dirección.**
- **Presidente de la Subcomisión de Enfermería del centro**
- **Vocales,** serán designados de la forma siguiente:



- a) Seis vocales en representación de los tutores de los programas de formación. Serán elegidos para un período de dos años entre los tutores correspondientes a las siguientes áreas: área médica, área quirúrgica, servicios centrales, materno/infantil, psiquiatría/psicología clínica y un sexto vocal elegido por sorteo entre todos los tutores del área con mayor número de acreditaciones para ponderación.
- b) Seis vocales en representación de los especialistas en formación. Serán elegidos por los adscritos al centro entre los que se encuentren realizando el segundo o sucesivos años del programa de la especialidad, para un período de dos años. Las áreas correspondientes coincidiendo con las de los tutores serán área médica, área quirúrgica, servicios centrales, materno/infantil, psiquiatría/psicología y el vocal representante general de los residentes (miembro nato).
- c) Un vocal designado por la comunidad autónoma en cuyo territorio se encuentre el hospital.
- d) El coordinador de la unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria.
- e) Un vocal designado por la correspondiente Junta de Personal.
- f) El tutor hospitalario de la unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria.

El resto de los tutores hospitalarios y un representante de la biblioteca por su vinculación con la docencia del centro acudirán en concepto de invitados.

1.1.1.2 Jefatura de Estudios

El **jefe de estudios** de formación especializada será designado en los términos que determine cada comunidad autónoma, con sujeción a lo previsto en el artículo 10. 1 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre. Teniendo en cuenta las funciones de organización de la formación sanitaria especializada que corresponden a los jefes de estudios de formación especializada y de acuerdo con lo previsto en el artículo 10, apartados 2, 3 y 4, de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, dichas funciones serán consideradas de gestión clínica y como tales deben ser evaluadas y reconocidas, correspondiendo a las comunidades autónomas regular los procedimientos necesarios de reconocimiento, incentivación y evaluación periódica, de dichas funciones.

Corresponde al **jefe de estudios** la dirección y coordinación de las actividades de los tutores de programas formativos, la supervisión de la aplicación práctica de los programas formativos de las diferentes especialidades, y la gestión de los recursos materiales y personales específicamente adscritos a la actividad docente del centro.

1.1.2. Subcomisión de Enfermería

1.1.2.1 Composición y funciones

Las subcomisiones de enfermería tienen como funciones:

- La coordinación y gestión de aspectos específicos relativos a los enfermeros en formación.
- Las funciones de información, coordinación, gestión y supervisión del desarrollo de los acuerdos alcanzados en la Comisión de Docencia relativos a la formación EIR.
- La coordinación con los distintos Dispositivos acreditados para la formación EIR.
- Elevar los acuerdos de la Subcomisión en aspectos relevantes para ser refrendados y aprobados en Comisión de Docencia del Centro.

La Subcomisión de Enfermería estará constituida por:

- **Presidente.**
- **Jefe de Estudios**
- **Secretario.** Secretario de la UDI.
- **Tutor EIR Comunitaria.** Enfermero/a tutor/a Centro de Salud
- **Tutor EIR Obstétrico-Ginecológica.** Enfermero/a especialista tutor/a de enfermería obstétrico-ginecológica.



- **Tutor EIR Salud Mental.** Enfermero/a especialista Salud Mental
- **Representante residentes EIR Comunitaria**
- **Representante residentes EIR Obstétrico-Ginecológica**
- **Representante residentes EIR de Salud Mental.**

1.1.3. Plazas acreditadas totales y por especialidad

ESPECIALIDAD	PLAZAS ACREDITADAS
Análisis Clínicos	2
Anestesia y Reanimación	1
Aparato Digestivo	1
Cirugía General y del Aparato Digestivo	1
Cirugía Ortopédica y Traumatología	1
Dermatología Médico-quirúrgica y Venereología.	1
Farmacia hospitalaria	1
Medicina Interna	1
Neurología	1
Obstetricia y Ginecología	1
Oftalmología	1
Pediatría y áreas Específicas	1
Radiodiagnóstico	1
Urología	1
Unidad Docente Multiprofesional Área Familiar Y Comunitaria	9 (Medicina FyC) 4 (Enfermería FyC)
Unidad Docente Enfermería Obstétrico-Ginecológica	2 (Enfermería O-G)
Unidad Docente Multidisciplinar de Salud Mental	1 psiquiatría 2 psicología Clínica 1 EIR Salud Mental
TOTAL	34

1.2. Estructura funcional de la Unidad Docente de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

1.2.1. Localización y estructura

Las distintas áreas asistenciales del servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del CHUF se encuentran en la 4ª Planta Hospital Arquitecto Marcide (HAM), Hospital Naval (HN), y el Centro de Especialidades (CE)

La estructura funcional del servicio es la siguiente:

- Consultas externas (1ª planta CE)
 - o CMA.
 - o Cirugía Esofagogástrica
 - o Cirugía de vías biliares y Tiroides
 - o Enfermedad Inflamatoria Intestinal
 - o Colon



- Consulta de Mama
- Suelo pélvico
- Ecoendoscopia anal
- Cirugía General
- Estomaterapeuta
- Micropigmentación
- Plantas de hospitalización (4ª planta HAM)
 - Ocupación media de 60 camas.
 - La cuarta izquierda que consta de 37 plazas (que se comparten con el Servicio de Digestivo)
 - La cuarta derecha con 36 plazas.
- Despachos (4ª planta HAM)
 - Secretaría de la Unidad – Extensión 234048
 - Jefe de Servicio
 - Despachos médicos 4
 - Sala de Juntas – Sesiones
- Sala de Curas (1ª Planta HAM)
- Urgencias quirúrgicas (1ª planta HAM)
- Quirófano con ingreso (2ª planta HAM)
- Cirugía Mayor y Menor Ambulatoria (3ª planta HN)

1.2.2. Recursos humanos

Jefe/a de Servicio: *Dr. Manuel Díaz Tie*, ejerciendo sus funciones desde abril de 2016.

Facultativos especialistas de área Sanitaria (FEAS):

Dra. Mar Martínez Baracheta
Dr. Manuel Gómez Feijoo
Dr. Manuel Correa Cabana
Dr. Leandro Pita Caaveiro
Dr. Antonio Abril Banet
Dr. Ramón López de los Reyes
Dra. Elisa Rodríguez Martínez
Dra. Begoña Espiñeira Pérez
Dr. Yago Basanta Calderón
Dr. Iván Baamonde de la Torre
Dra. Marlen Alvite Canosa
Dr. Juan Pablo Alarcón Caballero
Dr. Jorge Pérez Grobas
Dra. Eulalia Vives Rodríguez
Dra. Almudena Mato Iglesias
Dra. Lucía Fernández López
Dr. David Fernández Rosado

Residentes (MIR-CGyD)

Dr. Javier del Álamo García R5
Dr. Borja Saíñz Fernandez R4
Dra. Nerea Suárez García R3
Dr. Jesús Rosales Goas R2

Personal de enfermería:

En las consultas externas están adscritas al servicio de Cirugía General y Aparato digestivo 2 enfermeras y 1 auxiliar de enfermería.

En las plantas de hospitalización trabajan 16 enfermeras y 11 auxiliares de clínica. El supervisor de la 4ª planta izquierda es Pedro Pita y la supervisora de la 4ª planta es Rosa López.

En el quirófano con ingreso contamos con una enfermera asignada al servicio en horario fijo de mañana,



Dña. Matilde Punte. El resto del personal se comparte con los demás servicios quirúrgicos.

En el quirófano de cirugía mayor ambulatoria contamos con una enfermera asignada al servicio en horario fijo de mañana, Dña. Cristina Romero.

Personal administrativo:

Contamos con una auxiliar administrativa, Doña Teresa Pereira Ríos, en la 4ª planta de hospitalización HAM.

1.3. Dispositivos de la Unidad Docente

- Apoyo a la docencia e investigación:
 - Sala de Juntas del servicio de Cirugía General (4ª planta del HAM)
 - Aulas de formación:
 - H. Arquitecto Marcide:
 - Aula de informática (planta baja HAM)
 - H. Naval:
 - Aula de Innovación (3ª planta),
 - Aula de Educación Sanitaria (3ª planta)
 - Aulas de Simulación de Ferrol (4ª Planta)
 - Aula Formación
 - 2 aulas de simulación médica
 - Aula de simulación quirúrgica – Endotrainer y LapSIM
 - H. Novoa Santos:
 - Aulas A y B
 - C. Salud Fontenla Maristany
 - Aula A y B.
 - Salón de actos en HAM y HN
 - Unidad de Docencia e Investigación (planta baja HAM)
 - Biblioteca (planta baja HAM)

En nuestras instalaciones, contamos con el los medios humanos y materiales apropiados para el desarrollo y capacitación de habilidades técnicas, de interrelación multiprofesional, encaminadas a mejorar la seguridad clínica y del paciente, según las últimas recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.

1.4. Tutores (Roles y Responsabilidades)

Dra. Eulalia Vives Rodríguez – eulalia.vives.rodriguez@sergas.es

El tutor es el profesional especialista en servicio activo que, estando acreditado como tal, tiene la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo de la especialidad de que se trate.

El perfil profesional del tutor se adecuará al perfil profesional diseñado por el programa formativo de la correspondiente especialidad.

El tutor propondrá la guía o itinerario formativo tipo de la misma, que aprobará la comisión de docencia con sujeción a las previsiones del correspondiente programa. La mencionada guía, que será aplicable a todos los residentes de la especialidad que se formen en la unidad docente de que se trate, se entenderá sin perjuicio de su adaptación al plan individual de formación de cada residente, elaborado por el tutor en coordinación con los responsables de los dispositivos asistenciales y demás tutores de residentes que se formen en el centro o unidad docente.

Las principales funciones del tutor son las de planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación, proponiendo, cuando proceda, medidas de mejora en la impartición del programa y

favoreciendo el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente.

El tutor, que, salvo causa justificada o situaciones específicas derivadas de la incorporación de criterios de troncalidad en la formación de especialistas, será el mismo durante todo el período formativo, tendrá asignados hasta un máximo de cinco residentes.

Las comunidades autónomas adoptarán las medidas necesarias para asegurar una adecuada dedicación de los tutores a su actividad docente, ya sea dentro o fuera de la jornada ordinaria. El nombramiento del tutor se efectuará por el procedimiento que determine cada comunidad autónoma, con sujeción a los criterios generales que en su caso apruebe la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, entre profesionales previamente acreditados que presten servicios en los distintos dispositivos integrados en el centro o unidad docente y que ostenten el título de especialista que proceda.

1.5. Colaboradores docentes (roles y responsabilidades)

- Todos los facultativos del Servicio
- Enfermero/as de las plantas de hospitalización, consultas y quirófanos

El colaborador docente es el profesional de los diferentes dispositivos de la unidad docente por donde rota la persona residente que, sin ser tutor, colabora de forma activa en su formación, asumiendo la orientación, la supervisión y el control de las actividades realizadas por la persona residente durante las rotaciones.

El colaborador docente participará activamente en la evaluación del aprendizaje y las competencias de la persona residente durante la rotación, de forma coordinada con su tutor o tutora.

También desarrollan tareas de colaboración docente los profesionales que participan activamente en actividades formativas específicas de los residentes, como cursos, talleres y otras actividades análogas.

2. INFORMACION LOGÍSTICA

2.1. Toma de posesión

Se realizarán siguiendo las instrucciones que oficialmente indican cada año desde el Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, una vez conocidas las plazas adjudicadas, la Unidad de docencia se pone en contacto con todos los adjudicatarios por correo electrónico y telefónicamente para indicar y facilitar la incorporación de los nuevos residentes.

El residente a su llegada al Hospital se presentará en la secretaría de la Comisión de Docencia (UDI) donde se le indicará quien es su tutor y se le informará de la fecha y hora del acto de acogida de residentes, que se celebra en la primera semana de su incorporación.

2.2. Documentación para la firma del contrato

ENTREGAR EN SECRETARÍA DE LA UNIDAD DE DOCENCIA

- Ficha de datos personales (Cubierta y con Foto)
- Certificado de no delitos sexuales
- Compromiso de confidencialidad

ENTREGAR PARA FORMALIZACIÓN DE CONTRATO EN EL P.A.T

Punto de Atención Trabajador - Teléfono externo 981336570

- 2 fotos (Tamaño Carnet)
- Fotocopia D.N.I.
- Fotocopia cartilla seguridad social
- Fotocopia titulación exigida
- Datos bancarios
- Fotocopia otras titulaciones
- Número de colegiado
- Acreditación adjudicación plaza / especialidad

Nota: Todas las fotocopias deberán ir acompañadas del original para a su compulsa



2.3. Derechos y deberes

Regulados en el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.

Derechos:

- a) A conocer el programa de formación de la especialidad a cuyo título aspira, así como, en su caso, las adaptaciones individuales.
- b) A la designación de un tutor que le asistirá durante el desarrollo de las actividades previstas en el programa de formación.
- c) A recibir, a través de una práctica profesional programada, tutelada y evaluada, una formación teórico-práctica que le permita alcanzar progresivamente los conocimientos y la responsabilidad profesional necesarios para el ejercicio autónomo de la especialidad, mediante su integración en la actividad asistencial, ordinaria y de urgencias del centro.
- d) A ser informado de las funciones, tareas, cometidos, programación funcional y objetivos asignados a su unidad, centro o institución, y de los sistemas establecidos para la evaluación del cumplimiento.
- e) A ejercer su profesión y desarrollar las actividades propias de la especialidad con un nivel progresivo de responsabilidad a medida que se avance en el programa formativo.
- f) A conocer qué profesionales de la plantilla están presentes en la unidad en la que el residente está prestando servicios y a consultarles y pedir su apoyo cuando lo considere necesario, sin que ello pueda suponer la denegación de asistencia o el abandono de su puesto.
- g) A participar en actividades docentes, investigadoras, asistenciales y de gestión clínica en las que intervenga la unidad acreditada.
- h) Al registro de sus actividades en el libro del residente.
- i) A que la evaluación continuada, anual y final de su aprendizaje se realice con la máxima objetividad.
- j) A la prórroga de la formación durante el tiempo y en las condiciones fijadas previamente.
- k) A la revisión de las evaluaciones anuales y finales realizada según el procedimiento que se regula en este real decreto.
- l) A estar representado, en los términos que establezca la legislación vigente, en la Comisión Nacional de la Especialidad y en las comisiones de docencia de los centros.
- m) A evaluar la adecuación de la organización y funcionamiento del centro a la actividad docente, con la garantía de la confidencialidad de dicha información.
- n) A recibir asistencia y protección de la entidad docente o servicios de salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones.
- o) ñ) A contar con la misma protección en materia de salud laboral que el resto de los trabajadores de la entidad en que preste servicios.
- p) A no ser desposeído de su plaza si no es por alguna de las causas de extinción previstas en este real decreto o de otras causas previstas legalmente.

Deberes:

- a) Realizar todo el programa de formación con dedicación a tiempo completo, sin compatibilizarlo con cualquier otra actividad en los términos establecidos en el artículo 20.3.a) de la Ley 44/2003.
- b) Formarse siguiendo las instrucciones de su tutor y del personal sanitario y de los órganos unipersonales y colegiados de dirección y docentes que, coordinadamente, se encargan del buen funcionamiento del centro y del desarrollo del programa de formación de la especialidad correspondiente.
- c) Conocer y cumplir los reglamentos y normas de funcionamiento aplicables en las instituciones que integran la unidad docente, especialmente en lo que se refiere a los derechos del paciente.
- d) Prestar personalmente los servicios y realizar las tareas asistenciales que establezca el correspondiente programa de formación y la organización funcional del centro, para adquirir la competencia profesional relativa a la especialidad y también contribuir a los fines propios de la institución sanitaria.
- e) Utilizar racionalmente los recursos en beneficio del paciente y evitar su uso ilegítimo para su propio provecho o de terceras personas.



2.4. Lencería

El centro suministrará la ropa de uso sanitario necesaria (batas, zuecos, etc.).

2.5. Salario

Las retribuciones a percibir por el trabajador residente comprenderán los siguientes conceptos:

- a) Sueldo base: el que se corresponda con el título exigido para el acceso a la plaza de especialista en formación adjudicada.
- b) El complemento de grado de formación destinado a retribuir el nivel de conocimientos y responsabilidad progresiva. Dicho concepto se devengará a partir del segundo año de formación calculando su cuantía conforme a lo previsto en el artículo 7.1 b) del Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre.
- c) Complemento de atención continuada, destinado a remunerar la atención a los usuarios de los servicios sanitarios de manera permanente y continuada. La cuantía de dicho concepto según la normativa que resulte de aplicación al centro sanitario en el que se prestan.
- d) Los residentes percibirán dos pagas extraordinarias que se devengarán semestralmente en los meses de junio y diciembre. El importe de cada una será, como mínimo, de una mensualidad del sueldo y, en su caso, del complemento de formación.

Las retribuciones previstas en esta cláusula se actualizarán de acuerdo con las previsiones contenidas en las leyes anuales de presupuestos y con lo que establezca el convenio colectivo que resulte de aplicación. En ningún caso la remuneración correspondiente a la jornada ordinaria podrá ser inferior a la establecida en los apartados 1. a) y b) y 2 de este artículo.

2.6. Solicitud de acceso a IANUS (Historia clínica electrónica)

A la llegada del residente se le facilita un formulario para la solicitud de usuario de informática, con acceso a IANUS, desde la Unidad de Docencia se le indicará al servicio de Informática que tipo de acceso tendrán, atendiendo a su grado de responsabilidad.

2.7. Normas para solicitud y concesión de permisos

El personal residente, para los efectos de régimen de permisos y licencias, recibirá el mismo tratamiento que el personal estatutario de la institución en que preste servicios. Para la concesión de los permisos y licencias se atenderá primordialmente el cumplimiento del programa formativo y de las necesidades asistenciales, de acuerdo con la programación de la actividad del centro (DOG 23/04/07).

2.7.1. Impresos

Están a disposición de todo el personal en la Intranet. El personal administrativo del servicio tendrá disponibles impresos en papel.

2.7.2. Vacaciones

Según la normativa vigente. Se solicitarán a través del programa FIDES cuando esté habilitada esta función.

2.7.3. Días de libre disposición

Según la normativa vigente. Se solicitarán a través del programa FIDES cuando esté habilitada esta función.

3. LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO

3.1 Definición de la especialidad.

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

- El **primer nivel** se corresponde con su ámbito primario de actuación. El especialista en CGAD tiene todas las competencias sobre la patología quirúrgica, electiva y urgente, de los siguientes sistemas, aparatos y áreas anatómicas: aparato digestivo, pared abdominal, sistema endocrino, mama, piel y partes blandas, retroperitoneo y patología externa de la cabeza y cuello.
- El **segundo nivel** hace referencia a competencias subsidiarias en determinadas circunstancias. La Cirugía General y del Aparato Digestivo ha de ocuparse del planteamiento inicial y la resolución, hasta cierto nivel de complejidad, de la patología quirúrgica urgente que pertenece, en principio, al



campo de acción de otras especialidades quirúrgicas, cuando el cirujano general asume la responsabilidad de dicha asistencia en un escalón hospitalario intermedio, como son los hospitales comarcales y de área. A estos efectos es en los problemas urgentes de otras especialidades (Cirugía Vasculard, Cirugía Torácica, Urología, Neurocirugía, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Pediátrica y Cirugía Plástica), en los que el cirujano general debe poseer la competencia necesaria y asumir la responsabilidad de dicha asistencia, antes de su traslado, (si es necesario y en las condiciones adecuadas), al hospital de nivel superior en el que las citadas especialidades estén disponibles. Un ejemplo excelente de este segundo nivel es el tratamiento del paciente politraumatizado, cuya atención inicial corresponde en gran medida, al especialista en CGAD.

- El **tercer nivel** de actuación de la CGAD, se relaciona con la primordial atención que presta a los fundamentos biológicos y técnicos de la Cirugía. La profundización en estos principios básicos dota a esta especialidad de una amplia base formativa que facilita su potencial polivalencia, tanto para la asistencia, como para la investigación y la docencia, pudiendo considerarse como paradigma de disciplina troncal entre las especialidades quirúrgicas. Por ello, los residentes de otras especialidades quirúrgicas deben rotar durante el primer año de su formación por un servicio de CGAD debidamente acreditado. Entre estos fundamentos se incluyen: los principios de la técnica quirúrgica; las bases de la cirugía endoscópica; el proceso biológico de la curación de las lesiones traumáticas; la respuesta biológica a la agresión accidental o quirúrgica, con sus desviaciones que incluyen los fracasos uni o multiorgánicos; la valoración preoperatoria del paciente; los cuidados intensivos en el paciente quirúrgico; las infecciones en cirugía y cirugía de las infecciones; la inmunología y cirugía; la nutrición y cirugía; las bases biológicas y técnicas de los trasplantes de órganos; y los principios de la cirugía oncológica.

3.2 Normativa.

- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.
- Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor.
- Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.
- Resolución de 21 de marzo de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación
- Resolución de 3 de julio de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se corrigen errores en la de 21 de marzo de 2018.
- Resolución conxunta do 17 de abril de 2007, da Secretaría Xeral do Servizo Galego de Saúde, da División de Recursos Humanos e Desenvolvemento Profesional e da División de Asistencia Sanitaria, pola que se melloran as condicións de traballo e retributivas do persoal residente en formación deste organismo.
- Resolución do 4 de maio de 2007, da División de Recursos Humanos e Desenvolvemento Profesional, pola que se publica a acta da mesa sectorial do 19 de decembro de 2006 pola que se dá fin á



negociación do acordo de mellora das condicións de traballo e retributivas do persoal residente en formación

3.3 Referencias al Programa oficial de la especialidad

Se puede consultar el programa formativo de la especialidad en Cirugía General y Ap. Digestivo, publicado en el BOE núm. 110, de 8 de mayo de 2007, páginas 19864 a 19873. También se puede consultar en la siguiente dirección electrónica:

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

4. LA FORMACIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y AP. DIGESTIVO

4.1 Objetivo general de la formación.

Según El Programa formativo de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo (BOE-A-2007-9409), se definen claramente los tres objetivos a conseguir por los residentes que optan a la acreditación de especialistas de CGAD.

- El primero de ellos, es la adquisición de **conocimientos, habilidades y actitudes** que capacitan a un profesional para cumplir de manera competente y responsable las funciones que corresponden a la especialidad de CGAD, tanto en relación con problemas quirúrgicos electivos, como urgentes, bien en el ámbito de un hospital comarcal o de área, como en un hospital de referencia.
- El segundo objetivo de este programa es iniciar la **formación complementaria en alguna de las áreas de capacitación de especial interés**, dentro del contexto de CGAyD: Cirugía Esófago-Gástrica, Cirugía Colorrectal, Cirugía Endocrina, Cirugía de la Mama y Cirugía Hepatobiliopancreática, y formar parte de equipos multidisciplinares, por ejemplo, unidades multifuncionales, comités de tumores. Así mismo el desarrollo de nuevas tecnologías, laparoscópicas y mínimamente invasivas, condiciona un nuevo enfoque en la formación de los futuros especialistas.
- El tercer objetivo del programa, es la **formación del residente en investigación**, con la finalidad de que adquiera mentalidad crítica, y para que tome conciencia de que, desde su puesto de trabajo, puede contribuir al progreso y conocimiento científico.

Por lo tanto, los residentes de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo, han de cumplir satisfactoriamente, a lo largo de 5 años, el Programa Formativo, atendiendo a la vertiente asistencial, teórica e investigadora, adquiriendo de forma gradual, la capacidad y destreza que le permitan la visión, el planteamiento y la resolución, de los problemas quirúrgicos, propios del ámbito de la especialidad de CGAD.

4.1.1 Objetivos docentes

4.1.1.1 Conocimientos

- Aprendizaje de los conocimientos teórico-prácticos de la especialidad. *Especificados en el apartado 7 BOE núm. 110, de 8 de mayo de 2007, páginas 19866-19867.*
- Capacitación para jerarquizar los conocimientos por su importancia.
- Capacitación para la aplicación de la información teórica en la práctica.

4.1.1.2 Habilidades (Niveles de Responsabilidad / Grado de Complejidad)

Niveles de responsabilidad:

El residente debe adquirir las destrezas propias del cirujano general y del aparato digestivo, de tal suerte que al final de su periodo de aprendizaje haya conseguido en primer lugar, lograr una formación óptima como cirujano general, capaz de asumir sus funciones y sus responsabilidades en un centro de nivel comarcal o de área.

En segundo lugar, y especialmente durante los dos últimos años de residencia se iniciará una formación específica complementaria en una de las áreas de capacitación o especial interés dentro del campo de la CGAD.

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

De esta forma se definen diferentes niveles de responsabilidad:

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
<i>Responsabilidad Máxima / Supervisión a demanda.</i>	<i>Responsabilidad Media / Supervisión directa.</i>	<i>Responsabilidad mínima.</i>
Actividades realizadas directamente por el residente sin necesidad de tutorización directa.	Actividades realizadas directamente por el residente bajo la supervisión del tutor.	Actividades realizadas por el personal sanitario del centro y asistidas en su ejecución por el residente.

Baremo orientativo para la valoración del grado de complejidad de las intervenciones quirúrgicas

Grado 1	<i>Limpieza quirúrgica y sutura de una herida traumática. Exéresis de una lesión cutánea o subcutánea. Laparotomía y su cierre. Biopsia de arteria temporal.</i>	<i>Biopsia ganglionar. Exéresis de nódulo mamario. Exéresis de hidradenitis axilar o inguinal. Amputación menor. Punción torácica.</i>
Grado 2	<i>Esfinterotomía anal. Hemorroidectomía. Exéresis de sinus pilonidal. Drenaje de absceso perianal. Hernioplastia inguinal, crural y umbilical. Apendicectomía abierta. Inserción de trócares laparoscópicos.</i>	<i>Gastroyeyunostomía. Piloroplastia. Sutura de una perforación ulcerosa. Colecistectomía abierta. Enterectomía segmentaria. Traqueostomía.</i>
Grado 3	<i>Fistulectomía anal. Mastectomía simple. Apendicectomía laparoscópica. Colecistectomía laparoscópica. Esplenectomía.</i>	<i>Colostomía. Ileostomía. Hemitiroidectomía. Colectomía segmentaria.</i>
Grado 4	<i>Hemicolectomía derecha. Hemicolectomía izquierda. Cirugía de la vía biliar principal. Derivaciones biliodigestivas. Gastrectomía parcial. Mastectomía radical modificada.</i>	<i>Tiroidectomía subtotal/total. Miotomía de Heller. Paratiroidectomía. Funduplicatura de Nissen por vía laparoscópica. Abordaje del esófago cervical. Adrenalectomía abierta.</i>
Grado 5	<i>Esofagectomía. Gastrectomía total. Amputación abdomino-perineal. Duodenopancreatectomía cefálica. Resección hepática mayor.</i>	<i>Reservorios ileoanales. Cirugía laparoscópica avanzada (bariátrica, adrenalectomía, etc.). Trasplante hepático. Trasplante de páncreas.</i>

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

En la siguiente tabla se resumen brevemente el nivel de responsabilidad/grado de complejidad recomendado por el programa formativo de la especialidad en Cirugía General y Ap. Digestivo, publicado en el BOE núm. 110, de 8 de mayo de 2007, páginas 19872 a 19873.

Año MIR	Sala de hospitalización	Consultas Externas	Área de Urgencia	Intervenciones quirúrgicas como cirujano principal
R1	<i>Nivel 3</i>	<i>Nivel 3</i>	<i>Nivel 3</i>	<i>Nivel 2 – Grado 1</i>
R2	<i>Nivel 2</i>	<i>Nivel 2</i>	<i>Nivel 2</i>	<i>Nivel 2 – Grado 1 y 2</i>
R3	<i>Nivel 2</i>	<i>Nivel 2</i>	<i>Nivel 2</i>	<i>Nivel 2 – Grado 1 a 3</i>
R4	<i>Nivel 1</i>	<i>Nivel 1</i>	<i>Nivel 1</i>	<i>Nivel 2 – Grado 1 a 4</i>
R5	<i>Nivel 1</i>	<i>Nivel 1</i>	<i>Nivel 1</i>	<i>Nivel 2 – Grado 1 a 5</i>

4.1.2 Objetivos asistenciales

La labor fundamental del Residente es la de formarse adecuadamente para el desempeño futuro de su trabajo como especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo



4.1.3 Outros objetivos

4.1.3.1 Actitudes Genéricas

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

4.1.3.2 Actitudes Profesionales y científicas

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

4.2 Organización de la tutoría.

Las principales funciones del tutor/a son las de planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación, proponiendo, cuando proceda, medidas de mejora en la impartición del programa y favoreciendo el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente.

El tutor/a propondrá la guía o itinerario formativo tipo de la especialidad, que aprobará la comisión de docencia con sujeción a las previsiones del correspondiente programa. La mencionada guía, que será aplicable a todos los residentes de la especialidad que se formen en la unidad docente de que se trate, se entenderá sin perjuicio de su adaptación al plan individual de formación de cada residente, elaborado por el tutor/a en coordinación con los responsables de los dispositivos asistenciales y demás tutores de residentes que se formen en el centro o unidad docente.

El tutor/a realizará las entrevista tutor-residente periódicamente, según lo establecido en el RD 183/2008, de 8 de febrero, son obligatorias cuatro entrevistas tutor-residente al año. Estas se realizarán aproximadamente durante los meses de junio, octubre, enero y abril y el contenido básico de las mismas será el siguiente:

- Organización sobre rotaciones y objetivos específicos a alcanzar en el año.
- Evolución de la formación teórica y asistencial.
- Planificar posibles modificaciones individualizadas de la guía formativa.
- Programación de sesiones clínicas y su contenido.

- Formación científica. Cursos y asistencia a congresos. Actividades formativas impartidas.
- Resultado de evaluaciones y sugerencias para modificar la guía formativa.
- Discusión razonada de la memoria entregada a final de año.
- Evolución práctica de habilidades en el aula de simulación de Ferrol.

El tutor/a estará al tanto de las evaluaciones de las rotaciones fuera de la propia unidad y participará en el comité de Evaluación anual y final de cada residente, así mismo tendrá en cuenta la actividad de formación del residente, la actividad investigadora y el resultado de encuestas sobre el grado de satisfacción con la calidad docente.

Para facilitar la labor tutorial y la evaluación anual, el residente debe entregar al final de año de residencia según los modelos elaborados por la Comisión de Docencia lo siguiente:

- Memoria anual que incluye:
 - a. Reflexión razonada de la adquisición de habilidades la actividad asistencial.
 - b. Actividad quirúrgica (como cirujano o como ayudante).
 - c. Fichas de reflexión de cada una de las rotaciones.
 - d. Ficha de evaluación de actividades complementarias, supervisada por el tutor.
- Ficha resumen de los cursos del programa común y específico complementario realizados

En la **Intranet de la XXIF**, en el apartado de la **Unidad de Docencia** se encuentran disponibles todos los documentos y la información necesaria para el residente:

1. Programa Común y Específico complementario
2. Normativa de la Comisión de Docencia
3. Normativa de la Formación Sanitaria Especializada.
4. Regulación de rotaciones externas.
5. Modelo de incidencias en las guardias.
6. Protocolo de supervisión de los residentes en las guardias. (Área de urgencias)
7. Plan de gestión de calidad docente de la formación sanitaria especializada del ASF
8. Documentos evaluación: instrucciones, ficha evaluación de rotaciones, ficha de evaluación de actividades complementarias, ficha de evaluación ponderada.
9. Instrucciones para ayudas en rotaciones externas, cursos y congresos.

Además, los residentes de Cirugía General tienen a su disposición una carpeta de red compartida, un con su tutora donde se encuentra, entre otras, toda la documentación e información arriba referida.

4.3 Plan de evaluación: evaluación formativa, anual y final.

Las evaluaciones deberán ser motivadas y basadas en datos acreditados, se constituirá un Comité de Evaluación cuya función será la evaluación anual y final de los Especialistas en formación.

4.3.1 Evaluación formativa/continuada

La evaluación formativa tiene como finalidad el seguimiento del progreso en el aprendizaje del residente, su adquisición de competencias y la consecución de los objetivos establecidos en el programa de formación, identificando y planificando cuando proceda las actividades específicas para alcanzarlas.

Esta evaluación se llevará a cabo mediante las entrevistas tutor-residente, la valoración de la memoria de actividades y los informes de los colaboradores docentes de cada rotación.

4.3.2 Evaluación sumativa

La evaluación sumativa anual tiene la finalidad de calificar los conocimientos, habilidades y actitudes de las actividades formativas asistenciales, docentes e investigadoras realizadas conforme al plan individual de formación (PIF), al finalizar cada uno de los años que integran el programa formativo de la especialidad.

Según la Resolución de 21 de marzo de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional, se aprueban las siguientes directrices básicas para las evaluaciones de los especialistas en formación:

El tutor elaborará un **informe de evaluación anual**, según el cual el Comité de Evaluación decide la calificación anual del residente:



POSITIVA → Calificación Global anual ≥ 5

NEGATIVA (recuperable) → Calificación Global anual < 5 o imposibilidad de prestación de servicios superior al 25% de la jornada anual.

Se realizará **Evaluación Final** tras la evaluación positiva del **último año de residencia**

POSITIVA. La media de calificaciones está entre 5 y 7,5

POSITIVA DESTACADO. La media de calificaciones es $>$ de 7,5

NEGATIVA. Media de las calificaciones del residente es < 5 . Debe acreditarse la falta de aprovechamiento y las medidas que el tutor haya puesto en marcha para solventarlas y su carencia de resultado.

INFORME DE EVALUACIÓN ANUAL DEL TUTOR

Informes de Rotaciones 65 % + Actividades complementarias 10% + Informe del tutor 25%

A. Ponderación de los informes de rotaciones 65%:

Duración (meses) x Calificación de la rotación / 11 meses

Para cada rotación se elaborará una **FICHA DE EVALUACIÓN DE ROTACIONES** según el modelo aprobado por la comisión de docencia, disponible en la Intranet de la UDI en donde se incluye:

- **Evaluación cualitativa del cumplimiento de objetivos de cada rotación.**

Definidos previamente con el nivel de responsabilidad que le corresponda y que serán evaluados por 2-3 adjuntos por cada rotación. (Total/parcial/no conseguido)

- **Nivel de Conocimientos y habilidades (A):**

Conocimientos adquiridos, razonamiento/valoración del problema, capacidad para tomar decisiones, habilidades, uso racional de recursos, seguridad del paciente.

Evaluación de 1 a 10

- **Nivel de Actitudes (B):**

Motivación, puntualidad/asistencia, comunicación con el paciente y la familia, trabajo en equipo, valores éticos y profesionales.

Evaluación de 1 a 10

Calificación global de la rotación = 70% A + 30% B

NOTA: Respecto a las evaluaciones negativas.

- La evaluación negativa de los ítems del apartado A, conllevará necesariamente una propuesta de evaluación negativa recuperable por insuficiente aprendizaje
- La evaluación negativa de los ítems del apartado B, puede recuperarse en las rotaciones consecutivas del año de formación que corresponda o pueden dar lugar a una propuesta de evaluación negativa.

B. Actividades complementarias 10%:

Publicaciones, comunicaciones/póster, asistencia a cursos/talleres, sesiones clínicas, proyectos investigación.

NIVEL	PUBLICACIONES	COMUNICACIÓN ORAL	PÓSTER
INTERNACIONAL	0,3	0,2	0,1
NACIONAL	0,2	0,1	0,05
AUTONÓMICA	0,1	0,05	0,02



Asistencia curso/taller (mínimo 10 horas)	Ponente curso/taller (mínimo 2 horas)	Ponente en sesiones	Participación en proyectos de investigación
0,02-0,1 (valorar duración y complejidad)	Hasta 0,2 (valorar duración y complejidad)	- En el servicio/unidad hasta 0,01 - Generales/hospitalarias hasta 0,02	0,05-0,2 (valorar implicación y tipo de proyecto)

3. Calificación anual del tutor 25%:

Entrevistas trimestrales, libro del residente, informes de jefes asistenciales, valoración cualitativa de cada rotación.

Evaluación cuantitativa	Evaluación cualitativa
1-2	<u>Muy insuficiente</u> . Lejos de alcanzar los objetivos anuales. Deben indicarse áreas de mejora en el apartado correspondiente.
3-4	<u>Insuficiente</u> . No alcanza todos los objetivos anuales, pero podrían alcanzarse con un período complementario de formación. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondiente y sugerir la duración del periodo complementario.
5	<u>Suficiente</u> . Alcanza los objetivos anuales.
6-7	Bueno. Alcanza los objetivos anuales, demostrando un nivel superior en algunos de ellos.
8-9	<u>Muy bueno</u> . Domina todos los objetivos anuales.
10	<u>Excelente</u> . Muy alto nivel de desempeño durante el año formativo. Sólo alcanzan esta calificación un número limitado de residentes. Se valorará de acuerdo con la experiencia del tutor con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores de residentes calificados como muy buenos

4.4 Documentos o bibliografía de apoyo.

4.4.1 Libros de la especialidad de Cirugía General y Ap. Digestivo

- *Cirugía Asociación Española de Cirujanos, 2ª Edición*. Parrilla P, Landa JI. Editorial Médica Panamericana S.A., Madrid, 2010.
- *Encyclopedie Médico-chirurgicale (EMC)*. Tomos de técnica quirúrgica con actualizaciones periódicas.
- Maingot, Zinder. *Operaciones abdominales*. Panamericana 10a Edición. 2 tomos, 2004.
- Baker-Fischer. *El dominio de la Cirugía*. 4a Edición. Panamericana, 2004 (2 Tomos).
- *Guías de la Asociación Española de Cirujanos (AEC)*:
 - *Guía de Cirugía del Paciente Politraumatizado*
 - *Guía de Cirugía de la Mama*
 - *Guía de Cirugía Esofagogástrica*
 - *Guía de Cirugía Bariátrica*
 - *Guía de Gestión Clínica en Cirugía*
 - *Guía de trasplantes de órganos abdominales*
 - *Guía de Cirugía de la Obesidad Mórbida*
 - *Guía de Cirugía de Pared Abdominal*
 - *Guía de Cirugía Colorrectal*
 - *Guía de Cirugía Endocrina*
 - *Guía de Cirugía Endoscópica*
 - *Guía de Cirugía Hepática*
 - *Guía de Cirugía Biliopancreática*
 - *Guía de Infecciones Quirúrgicas*



- *Guía de Cirugía de urgencias*
- *Sabiston: Textbook of Surgery* (Versión en español), 17ª Edición. Townsend CM, Elsevier España. Madrid, 2007.

4.4.2 Revistas de la Especialidad

Se indican las revistas especializadas disponibles, recomendadas disponibles a través de **Biblosaúde – Mergullador**. <https://biblosaude.sergas.gal/Paxinas/web.aspx>, Catálogo de publicaciones electrónicas, auspiciado por la Consellería de Sanidad, en el que se ofrece el listado de revistas electrónicas con acceso en internet a texto completo. Además, dentro de este portal también existe acceso directo a la revista Uptodate®

A continuación, se enumeran las revistas de acceso electrónico de mayor interés en la Especialidad:

- *Cirugía Española*
- *Archives of Surgery*
- *Annals of Gastroenterological Surgery*
- *Annals of Surgery*
- *Annals of Surgery Oncology*
- *British Journal of Surgery.*
- *Breast*
- *Case Reports in Surgery*
- *Current Problems in Surgery*
- *Colorectal Surgery*
- *Diseases of the Colon and Rectum*
- *European Surgical Research.*
- *Gastroenterología y Hepatología.*
- *Gastroenterology.*
- *Journal of Gastrointestinal Surgery*
- *Surgery.*
- *Surgical Clinics of North America*
- *Selected Readings in General Surgery*
- *Revista Española de las Enfermedades Digestivas*
- *World Journal of Emergency Surgery*

NOTA: Si no existen determinados artículos de otras revistas, pueden ser solicitados en la Biblioteca, que gestiona su localización y adquisición gratuita por medio de convenios y concertos con otras Bibliotecas hospitalarias.

4.4.3 Instituciones y Sociedades Científicas

- Asociación Española de Cirujanos <https://www.aecirujanos.es/>
- Asociación Española de Cirujanos de la Mama www.aecima.com/
- AIS Channel - Advances in Surgery <https://aischannel.com/>
- Conselleria de Sanidad <http://www.sergas.es>
- Cirugía Segura <http://www.cirugiasegura.es>
- Sociedad Española de Coloproctología <https://www.aecp-es.org/>
- Sociedad Española de la Obesidad <http://www.seco.org/>
- Sociedad Española de Oncología Quirúrgica <https://seoq.org/>
- Sociedad Gallega de Cirugía - SOCIGA <http://sociga.net/>
- Sociedad Portuguesa de Cirugía <http://www.spcir.com/>
- Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria <https://www.sespm.es/>
- Web Surg <https://www.websurg.com/>

4.5 Programa teórico complementario y desarrollo del Itinerario formativo

Esta guía o itinerario formativo tipo de la especialidad, aprobada por la comisión de docencia será aplicable a todos los residentes de la especialidad que se formen en la unidad docente, sin perjuicio de su adaptación al plan individual de formación de cada residente, elaborado por el tutor en coordinación con los responsables de los dispositivos asistenciales y demás tutores de residentes que se formen en el centro o unidad docente.

4.5.1 Programa teórico común y específico complementario

La **formación teórica** de la especialidad será responsabilidad del residente, asesorado por los adjuntos responsables de las rotaciones que esté realizando (se adjunta bibliografía básica de la especialidad, punto 4.4). En el presente documento se adjunta, temario orientativo a desarrollar por año de residencia (ANEXO 1).

La **Comisión de Docencia y la Unidad de Formación Continuada del CHUF** organizan un programa de formación común complementario y un programa específico para esta especialidad, en colaboración con el servicio de Cirugía General y Ap. Digestivo. El residente debe asistir a estas actividades de manera obligatoria según su año de residencia.

La asistencia voluntaria a actividades fuera del programa común específico será valorada favorablemente en el informe del tutor.

El **programa común complementario anual** puede consultarse en la Intranet - Unidad de Docencia e Investigación.

Algunos de estos cursos **son organizados de forma conjunta con Formación Continuada** del centro.

PROGRAMA COMÚN COMPLEMENTARIO					
CURSO	horas	año	CURSO	horas	año
Diagnóstico y Terapéutica (DYT)	49	R1	Presentación de Servicios Centrales	5	R1
Riesgos laborales y autoprotección	2	R1	Curso introducción a IANUS	2	R1
Curso de introducción SILICON	2	R1	Introducción y herramientas básica de búsqueda bibliográfica	2	R1
Curso de Búsqueda bibliográfica y Currículo Vitae Normalizado.	6	R1	Curso de Soporte Vital Avanzado (SVA)	20	R1
Sesiones de reciclaje de SVA	4	R1-5	Curso de SVA Trauma Grave	20	R2
Diagnóstico por imagen	6	R1	Radioprotección básica	12	R*
ECG (Avanzado)	9	R1	Optimización de uso de antimicrobianos – PROA	4	R1-5
Curso de Iniciación a la Gestión Clínica	8	R*	Curso de Introducción a la Bioética	10	R*
Medicina basada en la evidencia	8	R*	Lunes de la investigación	20	R*
Comunicación con el pacientes y entorno familiar	8	V	Comunicación – Como hablar en público	15	V
Presentación y comunicaciones eficaces	4	V	Respeto del derecho del paciente en el acceso a historia clínica electrónica	4	R*
Aspectos jurídicos y legales de la defunción	3	R*	Legislación sanitaria (Laboral-Residentes)	4	R*
Seminario de donación de órganos	4	R*	Seguridad del paciente	6	R*
Introducción al Derecho Sanitario	4	V	Taller de Violencia de Género	4	R*

PROGRAMA ESPECÍFICO COMPLEMENTARIO (CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO)					
CURSO	horas	año	CURSO	horas	año
Curso Básico de Cirugía	4	R1-2	Sesiones de entrenamiento en endotrainer	4/mes	R1-5
Curso de pared abdominal	4	R1-2	Taller de Heridas, úlceras y estomas	8	R1-2
Taller de sutura y anastomosis endoscópicas	4	R1-2	Taller de técnicas invasivas	8	R2-R3
R* A realizar durante la residencia de R2, R3, R4 o R5. V Voluntario. R1-5 A realizar anualmente.					

4.5.1.1 Asistencia a cursos y congresos

Además de las actividades formativas del CHUF es aconsejable que los residentes asistan a **congresos específicos de la especialidad, de forma participativa** mediante la elaboración de **comunicaciones orales y/o posters**.

Con el fin de facilitar la asistencia a estos congresos, los residentes de nuestra unidad pueden solicitar a ayudas económicas gestionadas por la Comisión de Docencia.

Algunos de los **congresos o reuniones nacionales/autonómicas** en las que recomendamos participar son:

- Congreso de la Sociedad Española de la Cirugía de la Obesidad. Abril. Anual.
- Reunión Nacional de la Fundación Asociación Española de Coloproctología. FAECP. Mayo. Anual.
- Congreso Nacional de Cirugía de la Pared Abdominal. Mayo. Anual.
- Congreso Asociación Española de Cirugía de la Mama. Mayo. Anual
- Reunión de la Sección de Cirugía Esofagogástrica de la AEC. Junio. Anual.
- Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal". Baiona. Octubre. Anual.
- Congreso de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Octubre. Anual.
- Congreso Nacional / Reunión Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Noviembre. Anual.
- Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia. SOCIGA. Noviembre. Anual.
- International Trauma and Emergency Surgery Week. Alicante. Diciembre. Anual.

Cursos Avalados por la AEC

La Sociedad Española de Cirujanos – AEC ha desarrollado una serie de cursos para establecer las bases de la formación específica, recomendamos su realización durante la residencia.

Curso de Formación en Cirugía Endoscópica	R1
Curso de la Hernia Inguinal para Residentes	R1
Curso de Cirugía de Urgencias para Residentes	R2 a R4
Curso de formación en patología de la mama para residentes	R3
Curso de Proctología	R3 y R4
Curso de Formación en Cirugía endocrina	R4 y R5
Curso de Inmersión clínica en Cirugía Bariátrica	
Curso de Formación en cirugía esofagogástrica	
Curso ATLS – Advanced Trauma Life Support	
Curso DSTC – Definitive Surgery for Trauma Care	R5
Curso de Formación Avanzado en Cirugía Endoscópica	R5

4.5.2 Rotaciones

El período formativo del residente de CGAD consta de una primera fase de formación general que se desarrolla fundamentalmente durante el primer/segundo año de residencia, y de una segunda fase de

formación específicamente quirúrgica, progresiva que se lleva a cabo dentro de la unidad y a través de rotaciones específicas por áreas de especial capacitación, contempladas dentro del programa de la especialidad.

La formación de los residentes se basa en la adquisición progresiva de habilidades y responsabilidades bajo supervisión del tutor y demás especialistas de la unidad.

En esta sección describimos el cronograma de formación de residentes **ajustado por nivel de responsabilidad** (descrito en el punto 4.1.1.2 de esta guía) y supervisión correlativa con el **grado de complejidad** de los procedimientos o intervenciones que el residente desarrolla.

Durante las rotaciones obligatorias, el residente debe realizar guardias de atención continuada dentro de dicho servicio excepto en el servicio de Digestivo, Urología, Reanimación y Radiología que las realizará en su propio servicio, CGAD, sin que ello repercuta en la atención a la patología urgente que pueda acontecer durante su estancia.

Tras la finalización de cada rotación, el residente será responsable de facilitar la hoja de evaluación al tutor de la especialidad correspondiente, debidamente cumplimentada, y se preocupará por hacerla llegar a su tutor y a la unidad de docencia de su hospital de origen. Asimismo, presentará una reflexión por escrito, que debe de ser entregada conjuntamente con la memoria anual.

A continuación, se describe brevemente en una tabla el organigrama anual

	Junio	Julio	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abril	Mayo
R1					RAD						URO	
R2	DIG					UCI		REA				
R3									VASC			
R4	CPL	TOR			ESG/LAP						HBP	
R5					EXTRA							

Para alcanzar las competencias propias del especialista en Cirugía General y Ap. Digestivo, el residente ha de rotar por las diferentes estructuras que forman la Unidad Docente, de modo que se cubran todas las necesidades formativas. Las rotaciones establecidas en nuestra Unidad Docente se han adaptado, según las características de nuestra área sanitaria, a las recomendadas en el Programa Formativo Oficial de la Especialidad.

La distribución por las distintas áreas asistenciales se detalla a continuación de manera orientativa, pudiendo ser modificada en función de cambios organizativos del servicio o de las necesidades particulares de formación de cada residente, siempre de manera consensuada con el tutor y cuando proceda con la aprobación de la comisión de docencia.



Rotaciones de R1:		
S. Urología del XXIF Duración 1 mes	Tutor responsable: <i>Dr. Jorge Rey Rey</i>	Mail: Jorge.rey.rey@sergas.es Teléfono: 234052
S. Radiodiagnóstico del XXIF Duración 1 mes	Tutor responsable: <i>Dr. Ángel Ríos Reboredo</i>	Mail: angel.rios.reboredo@sergas.es Teléfono: 234044
Rotaciones de R2		
S. Digestivo del XXIF Duración 1 mes	Tutora responsable: <i>Dra. Ana Echarri Piudo</i>	Mail: ana.echarri.piudo@sergas.es Teléfono: 234000 / 234133
S. Anestesiología y Reanimación del CHUAC Duración 1 mes.	Tutora responsable: <i>Dra. Lucía Sampayo Rodríguez</i>	Mail: lucía.sampayo.rodríguez@sergas.es Teléfono: 178000
Servicio de UCI del CHUAC Duración 2 meses	Tutora responsable: <i>Dra. Mónica Mourelo</i>	Mail: monica.mourelo@gmail.com Teléfono: 291654
Rotaciones de R3		
S. de Cir. Vascolar del CHUAC Duración 6 semanas	Tutora responsable: <i>Dra. Cristina Suárez González</i>	Mail: cristina.suarez.gonzalez@sergas.es Teléfono: 298804/298803
Rotaciones de R4		
S. Torácica del CHUAC Duración 1 mes	Tutor responsable: <i>Dr. Ricardo Fernández Prado</i>	Mail: ricardo.fernandez.prado@sergas.es Teléfono: 178000
S. Cir. Plástica del CHUAC Duración 1 mes	Tutora responsable: <i>Dra. Alba González Rodríguez</i>	Mail: alba.gonzalez.rodriguez@gmail.com / alba.gonzalez.rodriguez@sergas.es Teléfono: 291604
<i>Rotación Unidad Cirugía Esofagoaástrica y laparoscopia avanzada</i> Duración 2 meses y medio		
Rotaciones de R5		
Rotación por unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y trasplante Duración: 2 meses. Centro de reconocido prestigio.		
Rotación Externa – Libre Duración 1-2 meses Centro de reconocido prestigio – previa aprobación en la comisión de docencia.		

NOTA: Los objetivos específicos y competencias a adquirir en las rotaciones internas se especifican en la guía individual del residente, según lo que dispone el programa específico de la especialidad, BOE-A-2007-9409.

4.5.2.1 Competencias específicas por año de residencia



CIRUGÍA GENERAL Y AP. DIGESTIVO

PRIMER AÑO - R1

Objetivos del período formativo de R1

El residente de primer año, desarrolla 9 meses de su actividad dentro del propio Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, donde inicialmente será tutorizado por un miembro senior, adjunto responsable del paciente y seguirán sus directrices en todo momento

La asistencia a las sesiones del Servicio es de obligado cumplimiento para conocer tanto el funcionamiento como el contenido.

Entre las competencias básicas descritas para este período se establece que progresivamente adquirirá herramientas para realizar los siguientes procedimientos y habilidades básicas, con un nivel 3 de responsabilidad inicial, durante los primeros meses, siendo objetivo alcanzar un nivel 2 de responsabilidad a lo largo del año.

Rotaciones R

Denominación	Duración	Servicio o dispositivo	Colaborador
Servicio CGAD	8 meses	Servicio de CGAD CHUF	Todo el personal del servicio

Competencias:

Habilidades básicas - Nivel 2/3 de responsabilidad.

- Realización de la historia clínica, y examen clínico.
- Realizar comentarios en la evolución clínica.
- Conocer los protocolos de preparación preoperatoria.
- Manejo de las técnicas de asepsia y antisepsia en el área quirúrgica, así como la preparación del campo quirúrgico.
- Indicaciones de los drenajes quirúrgicos y de su retirada.
- Ordenar el tratamiento postoperatorio.
- Control de la reposición hidroelectrolítica.
- Iniciarse en las pautas de nutrición enteral y parenteral.
- Diagnosticar complicaciones postoperatorias.
- Diagnosticar las principales complicaciones postoperatorias.
- Realizar Informe de alta hospitalaria, y redactar la hoja operatoria.

Técnicas invasivas – Nivel 2/3 de responsabilidad.

- Colocación de Sonda nasogástrica, sonda de gastrostomía.
- Colocación de Drenaje endotorácico.
- Colocación de Catéter endovenoso Central y periférico.
- Sondaje vesical.
- Intubación orotraqueal.

Realización de técnicas quirúrgicas de grado 1 – Nivel 2/3 de responsabilidad.

- Limpieza quirúrgica y sutura de una herida traumática de partes blandas.
- Exéresis de una pequeña tumoración cutánea o subcutánea.
- Biopsia ganglionar.
- Biopsia de arteria Temporal.
- Laparotomía y su cierre.

Podrá realizar de forma tutorizada procedimientos grado 2 – Nivel 2/3 de responsabilidad.

- Inserción de trócares laparoscópicos.
- Hernioplastia Inguinal, crural y umbilical.



- Apendicectomía.
- Hemorroidectomía.
- Esfinterotomía.
- Exéresis de hidrosadenitis axilar o inguinal.
- Exéresis de sinus pilonidal.
- Drenaje de absceso perianal.
- Safenectomía.
- Toracotomía y Cierre.

Consultas externas

- Acudirá a consultas externas de carácter general, con Nivel de responsabilidad 3-2, y con especial interés en el área monográfica de CMA.

Urología	1 mes	Urología CHUF	Todo el personal del servicio
----------	-------	---------------	-------------------------------

Competencias:

- Anatomía pélvica y del sistema urinario.
- Anamnesis, exploración física y exámenes complementarios de la patología urológica más frecuente.
- Reconocer y resolver, en primera instancia problemas urológicos urgentes. Por ejemplo: Sepsis de origen urológico, hematuria, retención urinaria, y patología testicular urgente.

Radiología	1 mes	Radiología CHUF	Todo el personal del servicio
------------	-------	-----------------	-------------------------------

Competencias:

- Indicaciones e interpretación radiología simple y contrastada.
- Estudio radiológico mamario: Indicaciones, seguimiento, y semiología.
- Ecografía: Indicaciones, semiología, eco-doppler, e intervencionismo.
- TAC abdomino-pelvico: Indicaciones, semiología e intervencionismo.
- Resonancia Magnética: Tipos principales de secuencias, indicaciones clínicas.
- Relación coste-beneficio de las técnicas de diagnóstico.

Sesiones Clínicas/ bibliográficas/ otras específicas

Como asistente	Como ponente
La asistencia a las sesiones del Servicio es de obligado cumplimiento para conocer tanto el funcionamiento como el contenido.	Incorporación progresiva a las sesiones clínicas diarias del servicio, en primer lugar, como asistente, y después como ponente.
	La proporción estimada de sesiones bibliográficas es de una sesión cada 2 meses (proporcionales a tiempo que rote en el servicio). El temario recomendado se especifica en el Anexo 1 de esta guía, siendo este modificable de acuerdo con el tutor/a. Durante el R1 se recomienda que centre su estudio en el área de Fundamentos de cirugía, Diagnóstico y tratamiento de la infección, Patología de urgencias, y fundamentos de pared abdominal.
	Las comunicaciones orales, posters y casos clínicos deberán presentarse en el servicio.
	El residente de primer año queda exento de presentar sesiones de morbimortalidad.
	Se recomienda la participación activa en la formación a estudiantes.



Programa Transversal y Específico Complementario del Residente (PTEC) R1

Programa Transversal del Residente:

Disponible en la Intranet- Unidad de Docencia e Investigación (Ver apartado 4.5.1 de esta guía)

Programa Específico Complementario del Residente

Disponible en la Intranet - UDI (Ver apartado 4.5.1 de esta guía)

Actividades científicas y de Investigación

Registro de pacientes en base de datos de urgencias.

Otras observaciones o referencias

- Durante la Residencia se realizará al menos un trabajo de investigación completo con todos los trámites metodológicos y aprobación previa del Comité de Ética de Investigación procediendo a su exposición pública y su posterior publicación.
- Presentación anual de Comunicaciones Orales/Videos/Póster a los Congresos nacionales e internacionales de la especialidad.
- A lo largo del periodo de residencia deberá intentar publicar algún artículo en una revista de ámbito nacional u/o internacional.
- El CHUF cuenta con apoyo metodológico-estadístico. Existe un formulario tipo, disponible en la intranet, y un correo electrónico específico: investigacion.xerencia.ferrol@sergas.es que facilita el contacto con las personas que prestan dicho apoyo metodológico.

SEGUNDO AÑO - R2

Objetivos del período formativo de R2

El residente de segundo año, desarrolla 8 meses de su actividad dentro del propio Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, durante los cuales adquirirá un mayor grado de autonomía en la realización de habilidades básicas.

Así como realizará rotaciones obligatorias por servicios de atención al paciente crítico UCI y Reanimación.

También realizará una rotación por el servicio de Digestivo, con el objetivo de familiarizarse, tanto con técnicas diagnósticas propias de la especialidad, como el manejo de la patología digestiva más prevalente.

Rotaciones R2

Denominación	Duración	Servicio o dispositivo	Colaborador
Servicio CGAD	8 meses	Servicio de CGAD CHUF	Todo el personal del servicio

Competencias:

Habilidades básicas - Nivel 2 de responsabilidad.

- Realización de la historia clínica, y examen clínico.
- Realizar comentarios en la evolución clínica.
- Realizar Informe de alta hospitalaria, y redactar la hoja operatoria.
- Conocer los protocolos de preparación preoperatoria.
- Indicaciones de los drenajes quirúrgicos y de su retirada.
- Ordenar el tratamiento postoperatorio.
- Control de la reposición hidroelectrolítica.

Habilidades básicas - Nivel 1 de responsabilidad.

- Manejo de las técnicas de asepsia y antisepsia en el área quirúrgica, así como la preparación del campo quirúrgico.

Realización de técnicas quirúrgicas de grado 1 – Nivel 2 de responsabilidad.

Durante este periodo debe realizar como primer cirujano.

- Limpieza quirúrgica y sutura de una herida traumática de partes blandas.
- Exéresis de una pequeña tumoración cutánea o subcutánea.
- Biopsia ganglionar.
- Biopsia de arteria Temporal.
- Laparotomía y su cierre.

Realización de técnicas quirúrgicas de grado 2 – Nivel 2 de responsabilidad

Durante este periodo debe realizar como primer cirujano.

- Inserción de trócares laparoscópicos.
- Laparotomía y su cierre.
- Hernioplastia Inguinal, crural y umbilical.
- Apendicectomía.
- Hemorroidectomía.
- Esfinterotomía.
- Exéresis de hidrosadenitis axilar o inguinal.
- Exéresis de sinus pilonidal.
- Drenaje de absceso perianal.

Consultas externas

Acudirá a consultas externas de carácter general, con Nivel de responsabilidad 3-2, y con especial interés en el área monográfica de CMA.



Digestivo	1 mes	Servicio de Digestivo CHUF	Todo el personal del servicio
Competencias:			
<ul style="list-style-type: none"> - EDA – Endoscopia digestiva alta. <ul style="list-style-type: none"> - Indicaciones y aplicabilidad, con carácter electivo, en la patología del tracto digestivo superior: reflujo gastroesofágico y lesiones asociadas, úlcera péptica gastroduodenal y sus complicaciones, valoración y control del estómago operado, diagnóstico de las lesiones tumorales, incluyendo valoración de extensión (detección macroscópica, obtención de biopsias y aplicación de ecoendoscopia). - Indicaciones y aplicabilidad, con carácter urgente, en las siguientes situaciones: cuerpos extraños, ingesta de cáusticos, hemorragia digestiva alta y periodo postoperatorio. - Posibilidades diagnósticas de la yeyunoscoopia y de la enteroscopia con cápsula endoscópica. - CPRE. Indicaciones, limitaciones técnicas, lectura de resultados y complicaciones potenciales. Papel en relación con la colecistectomía laparoscópica, indicaciones en los pacientes operados de las vías biliares y en el tratamiento paliativo de la ictericia obstructiva de causa tumoral. Utilidad en la patología benigna y maligna del páncreas. - EDB – Endoscopia digestiva baja. Indicaciones, resultados, limitaciones y complicaciones potenciales de ambas técnicas, tanto con carácter electivo como urgente, en el ámbito diagnóstico y terapéutico. - Valoración de los controles tras la realización de técnicas endoscópicas y tratamiento quirúrgico de las complicaciones más frecuentes. 			
Anestesia y Reanimación	1 mes	Servicio de Anestesia y Reanimación CHUAC	Todo el personal del servicio
Competencias:			
<ul style="list-style-type: none"> - Monitorización del paciente postoperado: Cálculo de balances de líquidos y electrolitos. Signos de alarma. Criterios de alta a unidad de hospitalización. - Iniciarse en el manejo de las vías clínicas de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal – Protocolos RICA. - Manejo del dolor postoperatorio. - Control postoperatorio inmediato de los pacientes trasplantados. - Nutrición artificial. Métodos de valoración del estado nutricional en paciente PO. 			
UCI	2 meses	Unidad de Cuidados Intesivos CHUAC	Todo el personal del servicio
Competencias:			
<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia respiratoria aguda: indicaciones de la intubación traqueal y de la traqueotomía, momento de la extubación, indicaciones de la ventilación mecánica y sus diferentes posibilidades. - Sustancias vasoactivas: tipos, mecanismos de acción y elección. - Sepsis. Manejo, diagnóstico y gravedad. Antibioterapia en el paciente crítico. - Paciente politraumatizado. Medidas de reanimación general y de mantenimiento, problemas más frecuentes en el tratamiento y control evolutivo. - Muerte cerebral: Diagnóstico y aspectos médico-legales. Mantenimiento del donante; - Cálculo de balances de líquidos y electrolitos. - Técnicas de colocación de catéteres venosos centrales. - Técnicas de intubación traqueal. - Procedimientos de reanimación cardiopulmonar; 			



Sesiones Clínicas/ bibliográficas/ otras específicas	
Como asistente	Como ponente
La asistencia a las sesiones del Servicio es de obligado cumplimiento para conocer tanto el funcionamiento como el contenido.	Participación activa en sesiones clínicas diarias del servicio.
	La proporción estimada de sesiones bibliográficas es de una sesión cada 2 meses (proporcionales a tiempo que rote en el servicio). El temario recomendado se especifica en el Anexo 1 de esta guía, siendo este modificable de acuerdo con el tutor/a. Durante el R2, se recomienda que centre su estudio en el área Pared abdominal compleja, Patología médica digestiva, Patología anal y perianal, Soporte vital avanzado/politrauma.
	Las comunicaciones orales, posters y casos clínicos deberán presentarse en el servicio.
	El residente de segundo año debe de presentar durante el año una sesión de morbimortalidad.
	Realizará una actividad formativa dentro del programa común específico, curso DET – diagnóstico y terapéutica.
	Se recomienda la participación activa en la formación a estudiantes.

Guardias

El residente realizará seis guardias en el Servicio de CGAD 6 al mes, así como guardias en el servicio UCI durante su período de rotación.

Programa Transversal y Específico Complementario del Residente (PTEC) R1
Programa Transversal del Residente:
Disponible en la Intranet- Unidad de Docencia e Investigación (Ver apartado 4.5.1 de esta guía)
Programa Específico Complementario del Residente
Disponible en la Intranet - UDI (Ver apartado 4.5.1 de esta guía)

Actividades científicas y de Investigación
Registro de pacientes en base de datos de Diverticulitis aguda, Enfermedad inflamatoria intestinal, Colecistitis aguda.

Otras observaciones o referencias

- Durante la Residencia se realizará al menos un trabajo de investigación completo con todos los trámites metodológicos y aprobación previa del Comité de Ética de Investigación procediendo a su exposición pública y su posterior publicación.
- Presentación anual de Comunicaciones Orales/Videos/Póster a los Congresos nacionales e internacionales de la especialidad.
- A lo largo del periodo de residencia deberá intentar publicar algún artículo en una revista de ámbito nacional u/o internacional.
- El CHUF cuenta con apoyo metodológico-estadístico. Existe un formulario tipo, disponible en la intranet, y un correo electrónico específico: investigacion.xerencia.ferrol@sergas.es que facilita el contacto con las personas que prestan dicho apoyo metodológico.



TERCERO AÑO - R3

Objetivos del período formativo de R3

El residente de tercer año, desarrolla 10 meses y medio de su actividad dentro del propio Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, durante los cuales adquirirá un mayor grado de autonomía en la realización de técnicas quirúrgicas con creciente grado de complejidad. Así como realizará con mayor grado de autonomía las habilidades básicas descritas anteriormente. Además, se inicia, en las áreas de especial capacitación dentro de la especialidad con su rotación en la unidad de patología mamaria. Así como realizará la rotación de Cirugía Vasculuar, durante 6 semanas como rotación obligatoria.

Rotaciones R

Denominación	Duración	Servicio o dispositivo	Colaborador
Servicio CGAD	10 meses y medio	Servicio de CGAD CHUF	Todo el personal del servicio

Competencias:

- Rotación específica por la **unidad de patología mamaria**, con participación activa en la consulta, quirófano y comité multidisciplinar. **Nivel de responsabilidad 2.**

Realización de técnicas quirúrgicas / Grado 3 de complejidad – Nivel de responsabilidad 2/3.

Durante este periodo debe realizar como primer cirujano

- Colectomía laparoscópica.
- Mastectomía simple.
- Tumorectomía con arpón
- Biopsia selectiva del ganglio centinela.
- Hemicolectomía derecha.
- Colostomía.
- Ileostomía.
- Colectomía segmentaria.
- Esplenectomía.
- Amputaciones menores y mayores.

Realización de técnicas quirúrgicas / Grado 3 de complejidad – Nivel de responsabilidad 2/3.

Durante este periodo puede realizar como primer cirujano

- Hemicolectomía derecha
- Mastectomía radical modificada.
- Linfadenectomía axilar.

Consultas externas

- Acudirá a **consultas externas de carácter general**, con **Nivel de responsabilidad 2**, y con especial interés en el **área monográfica de mama**, con **nivel de responsabilidad 3-2.**

Cirugía Vasculuar	6 semanas	Servicio de Angiología y Cirugía Vasculuar CHUAC	Todo el personal del servicio
-------------------	-----------	--	-------------------------------

Competencias:

- Evaluación de los pacientes con isquemia aguda y crónica o ulceraciones en las extremidades
- Valoración del pie diabético
- Disección y control de los troncos vasculares
- Principios de la sutura vascular. Anastomosis vasculares.



- Embolectomías en la extremidad superior e inferior
- Conceptos generales sobre el uso de injertos y prótesis de sustitución vascular. Angioplastia.
- Cirugía exerética y amputaciones por isquemia de las extremidades inferiores.

Sesiones Clínicas/ bibliográficas/ otras específicas

Como asistente	Como ponente
La asistencia a las sesiones del Servicio es de obligado cumplimiento para conocer tanto el funcionamiento como el contenido.	Participación activa en sesiones clínicas diarias del servicio.
	La proporción estimada de sesiones bibliográficas es de una sesión cada 2 meses (proporcionales a tiempo que rote en el servicio). El temario recomendado se especifica en el Anexo 1 de esta guía, siendo este modificable de acuerdo con el tutor/a.
	Durante el R3, se recomienda que centre su estudio en el área Senología y patología mamaria, Cirugía endocrina (patología del tiroides y glándula paratiroidea, Patología suprarrenal, tumores endocrinos gastropancreáticos), Bazo, Melanoma, y patología vascular.
	Las comunicaciones orales, posters y casos clínicos deberán presentarse en el servicio.
	El residente de tercer año debe de presentar durante el año una sesión de morbimortalidad.
	Presentación de caso clínico en la GiTUD.
	Se recomienda la participación activa en la formación a estudiantes.

Guardias

El residente realizará seis guardias en el Servicio de CGAD 6 al mes, así como guardias en el servicio Cirugía Vascular durante su período de rotación.

Programa Transversal y Específico Complementario del Residente (PTEC) R1

Programa Transversal del Residente:

Disponible en la Intranet- Unidad de Docencia e Investigación (Ver apartado 4.5.1 de esta guía)

Programa Específico Complementario del Residente

Disponible en la Intranet - UDI (Ver apartado 4.5.1 de esta guía)

Actividades científicas y de Investigación

Registro de pacientes en base de datos de cirugía mamaria

Otras observaciones o referencias

- Durante la Residencia se realizará al menos un trabajo de investigación completo con todos los trámites metodológicos y aprobación previa del Comité de Ética de Investigación procediendo a su exposición pública y su posterior publicación.
- Presentación anual de Comunicaciones Orales/Videos/Póster a los Congresos nacionales e internacionales de la especialidad.
- A lo largo del periodo de residencia deberá intentar publicar algún artículo en una revista de ámbito nacional u/o internacional.
- El CHUF cuenta con apoyo metodológico-estadístico. Existe un formulario tipo, disponible en la intranet, y un correo electrónico específico: investigacion.xerencia.ferrol@sergas.es que facilita el contacto con las personas que prestan dicho apoyo metodológico.

CUARTO AÑO - R4

Objetivos del período formativo de R4

El residente de cuarto año, desarrolla 8 meses de su actividad dentro del propio Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, durante los cuales rotará de forma preferencia en la unidad de tumores digestivos, coloproctología y enfermedad inflamatoria intestinal.

Durante este período también realizará rotaciones obligatorias, por Cirugía Torácica, Cirugía Plástica y una rotación por una unidad de alta capacitación en cirugía esofagogástrica y laparoscópica avanzada.

Rotaciones R4

Denominación	Duración	Servicio o dispositivo	Colaborador
Servicio CGAD	8 meses	Servicio de CGAD CHUF	Todo el personal del servicio

Competencias:

- Rotación por la **unidad de tumores digestivos, coloproctología y enfermedad inflamatoria intestinal** con participación activa en la consulta, quirófano y comité multidisciplinar.
- Podrá realizar el pase de visita – **Nivel de responsabilidad 1.**
- Asistirá, de forma repetida, en **intervenciones de grado 3, 4, y 5 de complejidad** como primer ayudante – **Nivel de responsabilidad 2.**

Realización de Intervenciones Grado 4 – Nivel de responsabilidad 2.

Durante este periodo puede realizar como primer cirujano

- Colecistectomía + Coledocotomía.
- Derivaciones biliodigestivas.
- Gastrectomía Parcial
- Hemicolectomía Izquierda.

Consultas externas

- Acudirá a **consultas externas de carácter general**, con **Nivel de responsabilidad 2-1**, y con especial interés en el **área monográfica coloproctología, enfermedad inflamatoria intestinal y suelo pélvico/ecografía endoanal con nivel de responsabilidad 3-2**. Así como se recomienda su asistencia en el **comité de tumores digestivos**.

Torácica	1 mes	Cirugía Torácica CHUAC	Todo el personal del servicio
----------	-------	---------------------------	-------------------------------

Competencias:

- Abordaje Quirúrgico. Anatomía quirúrgica del tórax.
- Interpretación de pruebas diagnósticas.
- Toracocentesis, colocación de drenaje endotorácico. Indicaciones.
- Manejo del neumotórax. Indicaciones quirúrgicas. Retirada del DET.
- Tratamiento de urgencia de los traumatismos torácicos.

Plástica	1 mes	Cirugía Plástica CHUAC	Todo el personal del servicio
----------	-------	---------------------------	-------------------------------

Competencias:

- Valoración y tratamiento de las quemaduras, grandes pérdidas de superficie cutánea y deformidades cicatriciales.
- Iniciación a la técnica de colgajos, plastias e injertos.

Unidad de Esofagogástrica – Laparoscopia avanzada	2 meses y medio	Unidad de referencia o alto prestigio	Todo el personal del servicio
---	-----------------	---------------------------------------	-------------------------------

Competencias:

- Anatomía quirúrgica esofagogástrica . Vías de abordaje.
- Participación en cirugía esófago-gástrica.
- Participación en unidad multidisciplinar en patología esofagogástrica.
- Complicaciones más frecuentes y resolución de las mismas.
- Entrenamiento en habilidades laparoscópicas. Participación en el Aula Virtual.
- Participación en cirugía laparoscópica avanzada.

Sesiones Clínicas/ bibliográficas/ otras específicas

Como asistente	Como ponente
La asistencia a las sesiones del Servicio es de obligado cumplimiento para conocer tanto el funcionamiento como el contenido.	Participación activa en sesiones clínicas diarias del servicio.
	La proporción estimada de sesiones bibliográficas es de una sesión cada 2 meses (proporcionales a tiempo que rote en el servicio). El temario recomendado se especifica en el Anexo 1 de esta guía, siendo este modificable de acuerdo con el tutor/a. Durante el R4, se recomienda que centre su estudio en el área de Cáncer colorrectal, peritoneo y retroperitoneo, patología perianal compleja, Introducción en la patología hepatobiliopancreática.
	Las comunicaciones orales, posters y casos clínicos deberán presentarse en el servicio.
	El residente de cuarto año debe de presentar durante el año una sesión de morbimortalidad.
	Se recomienda la participación activa en la formación a estudiantes.

Guardias

El residente realizará seis guardias en el Servicio de CGAD 6 al mes, así como guardias en el servicio Cirugía Torácica, Plástica y en la unidad de Esofagogástrica/laparoscopia avanzada durante su período de rotación.

Programa Transversal y Específico Complementario del Residente (PTEC) R1

Programa Transversal del Residente:

Disponible en la Intranet- Unidad de Docencia e Investigación (Ver apartado 4.5.1 de esta guía)

Programa Específico Complementario del Residente

Disponible en la Intranet - UDI (Ver apartado 4.5.1 de esta guía)

Actividades científicas y de Investigación

Registro de pacientes en base de datos de cirugía colorrectal



Otras observaciones o referencias

- Durante la Residencia se realizará al menos un trabajo de investigación completo con todos los trámites metodológicos y aprobación previa del Comité de Ética de Investigación procediendo a su exposición pública y su posterior publicación.
- Presentación anual de Comunicaciones Orales/Videos/Póster a los Congresos nacionales e internacionales de la especialidad.
- A lo largo del periodo de residencia deberá intentar publicar algún artículo en una revista de ámbito nacional u/o internacional.
- El CHUF cuenta con apoyo metodológico-estadístico. Existe un formulario tipo, disponible en la intranet, y un correo electrónico específico: investigacion.xerencia.ferrol@sergas.es que facilita el contacto con las personas que prestan dicho apoyo metodológico.



QUINTO AÑO - R5

Objetivos del período formativo de R

Rotaciones R

Denominación	Duración	Servicio o dispositivo	Colaborador
Servicio CGAD	8 meses	Servicio de CGAD CHUF	Todo el personal del servicio

Competencias:

- Rotación por la **unidad de tumores digestivos** con participación activa en la consulta, quirófano y comité multidisciplinar, con especial interés en el área de patología esófago-gástrica, hepatobiliopancreática.
- Participará en el seguimiento de los pacientes, a través de su participación activa con nivel de responsabilidad gradual en Consultas externas – **Nivel de responsabilidad 2/1**.
- Acudirá a **consultas externas de carácter general**, con **Nivel de responsabilidad 2**, y con especial interés en el **área monográfica de tiroides y proctología con nivel de responsabilidad 3-2**. Así como se recomienda su asistencia en el **comité de tumores de cabeza y cuello**.
- Puede realizar labor de tutor de residentes menores, si el Jefe de Servicio así lo estima oportuno.
- Asistirá, de forma repetida, en **intervenciones de grado 3, 4, y 5 de complejidad** como primer ayudante – **Nivel de responsabilidad 2**.
- Realizará Intervenciones **Grado 5 – Nivel de responsabilidad 2/1**.
 - Resección Anterior de Recto.
 - Amputación abdominoperineal.
 - Gastrectomía Total.
 - Cirugía laparoscópica avanzada.

HBP y Trasplante	1-2 Meses	Unidad de referencia o alto prestigio	Todo el personal del servicio
------------------	-----------	---------------------------------------	-------------------------------

Competencias:

- Anatomía quirúrgica de la región HBP.
- Técnicas diagnósticas.
- Rotación por técnica quirúrgica en unidad de hepática y biliopancreática.
- Participación en comités multidisciplinarios de patología tumoral y trasplante.
- Participación activa en la extracción e implante.

ROTACIÓN EXTERNA	1-2 meses	Unidad de referencia o alto prestigio	Todo el personal del servicio
------------------	-----------	---------------------------------------	-------------------------------

Competencias:

- De **modo extraordinario podrá realizar una rotación externa libre**, durante este quinto año por un período de 2 meses para el aprendizaje o perfeccionamiento de técnicas de especial relevancia cuando la disponibilidad de las misma en la unidad docente no fuese posible.
- Esta rotación puede desarrollarse en hospitales de otras comunidades o países, siempre que hayan sido solicitadas con antelación siguiendo los trámites administrativos correspondientes, previa aprobación en comisión de Docencia.

Sesiones Clínicas/ bibliográficas/ otras específicas	
Como asistente	Como ponente
La asistencia a las sesiones del Servicio es de obligado cumplimiento para conocer tanto el funcionamiento como el contenido.	Participación activa en sesiones clínicas diarias del servicio.
	La proporción estimada de sesiones bibliográficas es de una sesión cada 2 meses (proporcionales a tiempo que rote en el servicio). El temario recomendado se especifica en el Anexo 1 de esta guía, siendo este modificable de acuerdo con el tutor/a. Durante el R5, se recomienda que centre su estudio en el área de la cirugía esofagogástrica, cirugía bariátrica, trasplante, así como profundizar en aspectos más avanzados de la cirugía Hepatobiliopancreática
	Las comunicaciones orales, posters y casos clínicos deberán presentarse en el servicio.
	El residente de quinto año debe de presentar durante el año una sesión de morbimortalidad.
	Se recomienda la participación activa en la formación a estudiantes.

Guardias

El residente realizará seis guardias en el Servicio de CGAD 6 al mes, así como guardias en el servicio HBP y en la unidad de trasplante durante su período de rotación.

Programa Transversal y Específico Complementario del Residente (PTEC) R1

Programa Transversal del Residente:

Disponible en la Intranet- Unidad de Docencia e Investigación (Ver apartado 4.5.1 de esta guía)

Programa Específico Complementario del Residente

Disponible en la Intranet - UDI (Ver apartado 4.5.1 de esta guía)

Actividades científicas y de Investigación

Registro de pacientes en base de datos de cirugía esofagogástrica y hepatobiliopancreática.

Otras observaciones o referencias

- Durante la Residencia se realizará al menos un trabajo de investigación completo con todos los trámites metodológicos y aprobación previa del Comité de Ética de Investigación procediendo a su exposición pública y su posterior publicación.
- Presentación anual de Comunicaciones Orales/Videos/Póster a los Congresos nacionales e internacionales de la especialidad.
- A lo largo del periodo de residencia deberá intentar publicar algún artículo en una revista de ámbito nacional u/o internacional.
- El CHUF cuenta con apoyo metodológico-estadístico. Existe un formulario tipo, disponible en la intranet, y un correo electrónico específico: investigacion.xerencia.ferrol@sergas.es que facilita el contacto con las personas que prestan dicho apoyo metodológico.



4.5.3 Atención continuada

- Al igual que el resto de la plantilla los residentes, con independencia del año de residencia y especialidad, realizarán las guardias laborables de lunes a sábado, y las festivas en domingo o festivos reconocidos en el calendario laboral.
- Al personal que realice guardias que supongan permanencia en el Centro, se le proporcionará todo lo necesario para la misma (busca, cama, dieta y etc.)
- El horario de guardia será el marcado por la especialidad.
- La dirección del centro garantizará la realización de al menos 3 guardias mensuales: 2 en días laborables y 1 en festivo (DOG de 24 de marzo de 1995), siendo aconsejable, para la mayoría de los especialistas en formación, desde el punto de vista docente, la realización de 5 guardias mensuales: 4 en días laborables y 1 en festivo.
- Por necesidades docentes y previo informe favorable de la Comisión de Docencia, se podrá solicitar un aumento en el número de guardias, para los residentes de alguna especialidad concreta, no debiendo sobrepasar el número de seis guardias mensuales.
- La organización y asignación de las guardias en el servicio de cirugía general, se establecerá mediante un turno fijo, establecido en la normativa interna de guardias de los residentes de cirugía general, y serán vehiculizadas al jefe de servicio, a la secretaria de cirugía y al tutor a través del residente mayor 10 días antes de la finalización del mes.
- El procedimiento de asignación de **guardias en el Servicio de Urgencias**, común para los residentes médicos **durante el primer año**, se regirá por la normativa interna establecida previo acuerdo con el Servicio de Urgencias, y aprobada en comisión de docencia, que establece que durante el primer año el residente realiza la mitad de sus guardias en este servicio. **Es decir, que un residente de cirugía general durante el primer año, realizará 5 guardias combinadas al 60% (3 guardias) y 40% (2 guardias) entre el servicio de urgencias y en el servicio de CGAD de forma alterna.** Tras el visto bueno del responsable del Servicio de Urgencias se remitirán a la Dirección de Procesos. La guardia en el área de Urgencias comienza a las tres de la tarde, excepto los sábados y domingos.
- La supervisión de los residentes durante las guardias queda regulada por el “Protocolo de supervisión dos residentes durante las guardias (Atención urgente al paciente crítico) con especial referencia al área de urgencias”, disponible dentro de los protocolos en la intranet de la Comisión de Docencia (UDI).
- En el servicio de urgencias será tutelado por el personal facultativo de dicho servicio, y en nuestro servicio por los especialistas correspondientes.
- El residente durante su primer año de formación deberá realizar su actividad siempre tutorizado por un senior adjunto o residente – Nivel de responsabilidad 3/2. Con el fin de favorecer la integración en el ámbito de trabajo durante el primer mes (Mes de Junio) se facilitará su realización con un residente mayor.
- La prestación de servicios docente-asistencial del residente será en régimen de dedicación a tiempo completo al Sistema Sanitario Público, por lo que dicha prestación de servicios será incompatible con la realización de cualquier otra actividad pública o privada en los términos previstos por la Ley 53/1984 de 26 de diciembre de Incompatibilidades de personal al servicio de las Administraciones Públicas.

- **NOTA:** Consultar en protocolo de supervisión – Apartado 4.6



4.5.4 Sesiones clínicas

Sesión clínica diaria

De lunes a viernes a las 8:00.

Sesión clínica en la que se analizan todos los ingresos y las cirugías urgentes, de la guardia anterior.

Sesión de casos clínicos:

Todos los miércoles a partir 8:45

Discusión sobre los casos clínicos más complejos, ilustrativos, contradictorios, ó simplemente interesantes, para ejercer de esta manera un mecanismo de actualización formativa, abarcando enfoque diagnóstico, terapéutico y técnico. A exponer por facultativos especialistas del equipo de Cirugía General, ó por el propio residente.

Sesiones clínicas específicas:

El miércoles de cada mes a las 8:30.

- **Sesión de Morbi-Mortalidad:**

Se realizará un análisis de morbilidad, complicaciones y mortalidad, sobre todo de los casos más inusuales.

- **Sesión Monográfica:**

Mensual o bimensual, en las que realizamos un análisis sistemático y crítico de un tema específico, o investigación o exposición de casos, que pueden ser cotejados con otros con el fin de aportar un algoritmo de aplicación práctica sobre el tema revisado.

- **Sesión científica:**

Se realizarán con el fin de dar a conocer investigaciones llevadas a cabo dentro del servicio, comunicaciones, posters o casos clínicos subsidiarias de ser presentados en reuniones o congresos. Así como tras cada curso, congreso o reunión novedades que sean de interés para los miembros del servicio. Como ponentes podrán exponer, los residentes del servicio, los rotantes, los adjuntos interesados y para temas concretos en los que así se precise se recurrirá a especialistas interdepartamentales, o ajenos al área sanitaria.

- **Sesión bibliográfica:**

Revisión de artículos publicados en revistas de conocido prestigio, sobre un tema en concreto.

Sesiones hospitalarias generales:

- *El último jueves de cada mes a la 8:30*

- Organizadas desde la unidad de docencia e investigación UDI.

- Se recuerda que son de obligada asistencia por parte de todos los residentes.



4.6. Protocolo de supervisión.

4.6.1 Marco legal y objetivos

- El R/D 183/2008 en su artículo 15 establece que las Comisiones de Docencia elaborarán protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés. Dichos protocolos se elevarán a los órganos de Dirección del correspondiente centro o unidad, para que el jefe de estudios de formación especializada consensue con ellos su aplicación o revisión periódica.
- El presente documento tiene por objetivo el desarrollo del protocolo de supervisión de los residentes de GCAD en el área de atención continuada y de urgencias al que se refiere el RD 183/2008.

4.6.2 Introducción

Las líneas generales de la supervisión quedan reguladas por el art. 15 del RD 183/2008 que aquí se transcribe:

1. Dicho sistema formativo implicará la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que se esté cursando y un nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista.
2. En aplicación del principio rector que se establece en el artículo anterior, los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.
3. La supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada. Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.
4. La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a este como a los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad de los residentes a su cargo, según las características de la especialidad, y el proceso individual de adquisición de competencias.

En todo caso, el residente, que tiene derecho a conocer a los profesionales presentes en la unidad en la que preste servicios, podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

La evaluación formativa o continuada tiene una relación directa con el concepto de supervisión. El artículo 17 del RD 183/2008 indica que: “La evaluación formativa es consustancial al carácter progresivo del sistema de residencia, ya que efectúa el seguimiento del proceso de aprendizaje del especialista en formación, permitiendo evaluar el progreso en el aprendizaje del residente, medir la competencia adquirida en relación con los objetivos establecidos en el programa de formación de la correspondiente especialidad, identificar las áreas y competencias susceptibles de mejora y aportar sugerencias específicas para corregirlas.”

Todos los médicos adjuntos del servicio de Urgencias y los responsables de los servicios lo son también de la tutela y supervisión del residente (al respecto el RD 183/2008, art.14 establece el “deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes”).

La formación en el servicio de urgencias se adquiere a través del deber de prestación de labor asistencial supervisada con responsabilidad creciente. La docencia en este servicio se ejerce por tanto a través de una adecuada supervisión del residente de primer año y cuando sea requerida por los residentes de segundo a cuarto año.



El residente actuará según el principio de responsabilidad progresiva y el de gradual aumento de la autonomía, según marca el RD febrero 2008, pudiendo obviamente solicitar la supervisión del adjunto responsable de la guardia en todo momento.

En la XXIF los médicos que inician su formación especializada en GCAD realizan guardias en el área de urgencias durante su primer año de residencia.

Durante el primer año el residente **realizará 5 guardias combinadas al 60% (3 guardias) y 40% (2 guardias)** entre el servicio de **urgencias** y en el servicio de **cirugía general** de forma **alterna**.

En el servicio de urgencias será tutelado por el personal facultativo de dicho servicio, y en nuestro servicio por los especialistas correspondientes. Con el fin de favorecer la integración en el ámbito de trabajo durante el primer mes (Mes de Junio) se facilitará su realización con un residente mayor.

El residente durante su primer año de formación deberá realizar su actividad siempre tutorizado por un senior adjunto o residente – Nivel de responsabilidad 3/2.

La organización y asignación de las guardias, se establecerá mediante un turno fijo, establecido en la normativa interna de guardias de los residentes de cirugía general, y serán vehiculizadas al jefe de servicio, a la secretaría de cirugía y al tutor a través del residente mayor 10 días antes de la finalización del mes.

4.6.3 Funciones y Supervisión de los residentes en las guardias

RESIDENTES DE PRIMER AÑO QUE REALIZAN GUARDIAS EN URGENCIAS GENERALES

- a) Realizar una correcta historia clínica y exploración del paciente haciendo una valoración inicial de la gravedad y un juicio clínico de presunción, proponiendo al adjunto responsable las pruebas complementarias que a su juicio se deben realizar. Posteriormente serán responsables del seguimiento y resolución de la asistencia sanitaria, debiendo concluir, supervisados por el adjunto, el diagnóstico final y la actitud terapéutica planteada, además de informar debidamente al paciente y/o a los acompañantes, bien sea del alta o del ingreso hospitalario.
- b) Como norma no deberán dar altas, proponer ingresos ni solicitar la consulta de un especialista sin consultar al adjunto del servicio de urgencias correspondiente, que en el caso de las altas las visará por escrito.
- c) Inicialmente consultarán para solicitar las pruebas complementarias, pudiendo a lo largo del año llegar a solicitar directamente pruebas complementarias elementales no invasivas.
- d) Al finalizar el primer año deberán ser capaces de iniciar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de la mayoría de las patologías que se atienden en el área de urgencias, haciendo una adecuada valoración de riesgos/beneficios.
- e) Informar al enfermo y familiares una vez orientado el diagnóstico y propuestas las pruebas complementarias, indicándoles lo que se va a llevar a cabo y el tiempo aproximado de permanencia del paciente en urgencias. Durante las primeras guardias, antes de realizar de forma autónoma este proceso de información, observará como lo llevan a cabo los adjuntos y residentes mayores.
- f) Cumplimentará los protocolos existentes en urgencias y propondrá, una vez decididas con el adjunto las pruebas diagnósticas a realizar, a los pacientes la firma de los documentos de consentimiento informado en aquellos procedimientos que lo requieran, además de realizar en todos ellos el proceso verbal de consentimiento informado. Todo ello con el asesoramiento de los adjuntos de urgencias.



RESIDENTES DE PRIMER AÑO QUE REALIZAN GUARDIAS EN CGAD

- La supervisión será de presencia física. Las altas, ingresos o informes y otras solicitudes (laboratorio, farmacia etc.) deberán ser visados por el adjunto de guardia de CGAC.
- Con el fin de favorecer la integración en el ámbito de trabajo durante el primer mes (Mes de Junio) se facilitará su realización con un residente mayor.

RESIDENTES DE 2º, 3º, 4º y 5º AÑO QUE REALIZAN GUARDIAS EN CGAD

- Los MIR de CGAD a partir del 2º año realizan guardias dentro de su especialidad, con excepción algunas rotaciones obligatorias, tal como se especifica en esta guía en el programa de formación. El número de guardias establecido será de seis mensuales, y su adjudicación seguirá la normativa interna elaborada por los residentes del servicio.
- Durante el desarrollo de estas guardias, los residentes de forma gradual durante la residencia:
 - a) Pueden decidir de forma autónoma la solicitud de pruebas diagnósticas complementarias, así como el destino del paciente, incluyendo la firma de altas.
 - b) Deben tener siempre identificado al Cirujano de Guardia al que pueden consultar en caso de duda y al que solicitarán, si es preciso, el visado por escrito de la consulta realizada.
 - c) Deben estar capacitados para gestionar, de manera autónoma, toda la documentación clínica necesaria, ya sea en modelo informático o papel, así como las indicaciones de tratamiento.
 - d) Los residentes de 4º y 5º año deben estar capacitados para la atención inicial de la urgencia quirúrgica.
 - e) Para estos residentes es de especial aplicación lo indicado en el artículo 15 del RD 183/2008:
“La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a este como a los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad de los residentes a su cargo, según las características del dispositivo y el proceso individual de adquisición de competencias. En todo caso, el residente, que tiene derecho a conocer a los profesionales presentes en la unidad en la que preste servicios, podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.”
 - f) Si el comité de evaluación así lo considera, y tras valorar los informes de los responsables de Urgencias y del tutor, podrá indicar que el residente siga haciendo guardias en el área de urgencias con consideración de R1 (grado de supervisión, económicas) durante los primeros meses de su segundo año de residencia.

ANEXO 1. Temario orientativo según año de residencia

Temario orientativo a desarrollar durante el R1 de CGAyD

Resumen: Fundamentos, RICA, Infección, Urgencias, Pared abdominal I

Fundamentos

Profilaxis ETV

- Estratificación del riesgo ETV en el paciente quirúrgico
- Cuando empezar y cuánto tiempo mantener profilaxis.
- Controversias en la prevención ETV en grupos especiales:
- Cirugía Bariátrica, CMA, Politrauma
- Manejo perioperatorio del paciente anticoagulado

Preparación prequirúrgica

- Preparación intestinal en CCR (mecánica, antibióticos orales).
- Cirugía ESG
- Cirugía HBP
- Cirugía limpia y protésica
- Profilaxis antibiótica prequirúrgica. Principios de la profilaxis. Recomendaciones específicas. Complicaciones de la profilaxis atb.

Anastomosis digestivas

- Principios y técnica. Complicaciones.

Estomas intestinales

- Elección del lugar del estoma.
- Tipos. Técnica quirúrgica.
- Dispositivos externos. Bolsas de estoma. Productos asociados.
- Profilaxis de complicaciones. Complicaciones.

Nutrición en el paciente quirúrgico grave

Respuesta metabólica ante el ayuno y la agresión quirúrgica.

Valoración del estado nutricional.

Nutrición artificial. NE / NP

Enterostomías quirúrgicas

- Clasificación. Técnica quirúrgica.
- Dispositivos y complicaciones.

RICA

- Programas de RHB multimodal
- Criterios de inclusión/exclusión.
- Optimización preoperatoria y Prehabilitación
- Nutrición, inmunonutrición y recuperación mejorada.
- Estrategias en el manejo de fluidos y analgesia perioperatoria.

Infección de Herida, Infección IABD. PROA. Cura húmeda. TPN

Infección de herida quirúrgica

- Programa de infección quirúrgica zero
- Diagnóstico IHQ, ISQ. Recogida de muestras. Factores predisponentes. Factores modificables.

Vigilancia de ISQ e índices de riesgo.

Clasificación de la gravedad: "asepsis score"

Infección Intraabdominal (IABD)

- Tratamiento antibiótico de la infección
- Precocidad. Duración. Desescalamientos. Farmacocinética/Farmacodinamia.

Microbiología. Fisiopatogénesis. Control del foco séptico en IQ

- ATB vrs Endoscópico vrs percutáneo.
- Infección IABD postoperatoria y Fístulas intestinales.

Programa de optimización del uso de antimicrobianos. PROA.

- Indicación. Revisión de resultados.
- Análisis de resistencias.
- Duración de la terapia.

Cura húmeda - Heridas

Heridas agudas: Cura Mölndal + Otros apósitos.

Heridas Crónicas:

- Pie diabético. Micro/macroangiopatía y Neuropático.
- Úlceras venosas y arteriales.
- UPP. Grados. Medidas de prevención. Tratamiento.
- Neoplásicas.

Terapia de presión negativa tópica - TPNT

- Heridas Agudas: Resecciones quirúrgicas, Heridas traumáticas no suturables, y
- Dehiscencias
- Quemaduras y/o Injertos
- Heridas Crónicas: Úlceras venosas y arteriales, Úlceras por presión (3º y 4º grado), Síndrome de pie diabético
- Abdomen abierto (laparostomía), Complicaciones post-operatorias

Patología quirúrgica urgente

Colecistitis aguda/ Colangitis aguda

Fisiopatología. Bacteriología. Tratamiento conservador vrs quirúrgico.

Actualización Guidelines Tokyo 2018

Íleo biliar.

Apendicitis aguda

Análisis comparativo de escalas diagnósticas de apendicitis aguda: Alvarado, RIPASA y AIR

Manejo terapéutico de la masa apendicular (plastrón apendicular, tumor apendicular)

Pancreatitis aguda grave

Consensus guidelines on severe acute pancreatitis

Isquemia mesentérica aguda

Tratamiento quirúrgico de la isquemia digestiva

Oclusiones agudas del intestino delgado del adulto

Manejo laparoscópico de la oclusión intestinal por bridas.

Obstrucción intestinal aguda por bridas y Gastografin(R)

Tratamiento quirúrgico de las hernias internas. Etiología. Valoración de la viabilidad intestinal.

Obstrucción de colon y recto.

Neoplasias.

Enfermedad Diverticular oclusiva.

Vólvulos de colon.

Pseudoobstrucción de colon o Síndrome De Ogilvie.

Diverticulitis De Yeyuno-íleon.

Complicaciones asociadas al divertículo de Meckel.

Diverticulitis aguda colónica

Análisis de implementación del protocolo gallego de diverticulitis sigmoidea.

Complicaciones postquirúrgicas de la cirugía colorrectal

Infección de herida quirúrgica. Absceso intraabdominal. Dehiscencia anastomótica.

Hemorragia. Íleo postoperatorio. Obstrucción intestinal. Evisceración.

Lesiones de las vías urinarias. Alteraciones de la función urinaria y sexual.

Absceso perianal.

Sospecha clínica. Diagnóstico por imagen. Clasificación. Técnica quirúrgica.

Complicaciones.

Tratamiento médico. Seguimiento.

Gangrena del periné - Gangrena de Fournier

Diagnóstico. Etiología.

Tratamiento médico, cámara hiperbárica. Tratamiento quirúrgico.

Fisura anal

Tratamiento médico urgente, indicaciones de exploración bajo anestesia.

Trombosis hemorroidal

Tratamiento médico. Indicaciones quirúrgicas.

Otros:

- Infecciones partes blandas

Algoritmo diagnóstico, etiológico. Valoración inicial. Solicitud de pruebas de imagen y microbiológicas. Indicación de cirugía.

- Hipotermia accidental, trauma por congelamientos y lesiones por quemaduras
- Picaduras

Algoritmo inicial. Generalidades. Tratamiento.

Casos específicos: *Vipera Seoanei*. *Scorpaena scrofa*.

Fundamentos en Pared abdominal

Evidencia en cierre de pared abdominal

- Uso de mallas profilácticas de refuerzo para la prevención de las hernias incisionales
- (cirugía limpia, limpia contaminada, contaminada o sucia)
- Prevención con prótesis de la hernia paraestomal
- Prevención de las hernias en los orificios de los trócares
- Profilaxis de la hernia incisional en el cierre de la pared abdominal tras una estoma
- temporal.
- Cierres laparotómicos especiales. FR evisceración y eventración, Estimación del riesgo. Opciones técnicas en cierres laparotómicos especiales.

Hernias inguinales.

- Elección de la técnica
- Técnicas no protésicas. Vía anterior. Vía posterior.
- Técnicas protésicas. Vía anterior. Vía posterior - preperitoneales abiertas.
- Anestesia local. Indicaciones y técnica. Clics fasciales. TAP. Analgesia PO.
- Tratamiento quirúrgico de las hernias inguinales por vía inguinal
- Tratamiento laparoscópico de las hernias inguinales del adulto por vía totalmente extraperitoneal
- Tratamiento de las hernias inguinales del adulto por acceso laparoscópico transabdominoperitoneal (TAPP)

- Tratamiento de las hernias inguinales estranguladas
- Consideraciones en la hernia del niño. Hernia inguinal e hidrocele comunicante.

Hernias crurales.

Técnicas. Complicaciones potenciales.

Tratamiento quirúrgico de las hernias de la línea media

- Hernias epigástricas
- Hernias umbilicales.
- Diástasis de rectos.

Tratamiento quirúrgico de las hernias de Spiegel

Temario orientativo a desarrollar durante el R2 de CGAyD

Resumen: Pared abdominal compleja, Patología digestiva, Patología Anal y perianal, Soporte Vital Avanzado - Politrauma.

Pared abdominal compleja

Tratamiento quirúrgico de las hernias especiales:

- Hernias lumbares
- Hernias obturatrices
- Hernias isquiáticas o ciáticas
- Hernias perineales laterales

Técnicas quirúrgicas para hernias ventrales.

Técnicas protésicas: prefasciales, retrofasciales, y retromusculares e intraperitoneales.

Cirugías no protésicas, mioplastias y técnica de separación de componentes.

Técnica anatómica de Ramirez. Separación de componentes.

Separación anatómica de componentes. SAC. Técnica e Carbonell-Bonaffé.

Neumoperitoneo preoperatorio en las hernias incisionales gigantes.

Cirugía laparoscópica para el tratamiento de las hernias ventrales.

Hernias paraestomales.

Técnica quirúrgica.

Manejo de abdomen abierto y evisceración

Tratamiento de la evisceración. FR. Prevención.

Síndrome compartimental abdominal.

Métodos de cierre temporal del abdomen.

Complicaciones del abdomen abierto.

Complicaciones

Dolor crónico tras cirugía de la hernia inguino-crural. Incidencia y severidad.

Factores de riesgo. Tratamiento.

Infertilidad, atrofia testicular y disfunción sexual tras la cirugía de la hernia inguinal.

Complicaciones del material protésico: Migración, Seroma, Extrusión, Adherencias,

Fístula enterocutánea. Contracción. Recidiva herniaria. Rechazo. Carcinogénesis.

Infección.

Patología Digestiva

Cuerpos extraños digestivos.

Algoritmo de tratamiento. Indicación de endoscopia. Tratamiento quirúrgico.

Esofagitis

Esofagitis eosinofílica.

Úlcera gastroduodenal

Etioloxía. Tratamiento médico.

Protocolo de erradicación del H. Pylori

Complicaciones: Hemorragia. Perforación. Estenosis pilórica ulcerosa.

Hemorragia digestiva alta

Clasificación. Algoritmo diagnóstico. Tratamiento endoscópico. Indicaciones quirúrgicas.

Hemorragia digestiva baja

Clínica. Evaluación inicial y reanimación. Localización y tratamiento intervencionista.

Tratamiento quirúrgico.

Tumores benignos

Pólipos no neoplásicos y neoplásicos. Alteraciones mesenquimales. Otras lesiones polipoides

Colitis ulcerosa

Clínica. Complicaciones. Riesgo de Cáncer. Colangiocarcinoma y Colangitis esclerosante. Tratamiento médico. Tratamiento quirúrgico.

Enfermedad del Crohn

Clínica. Formas de presentación. Clasificación clínica y índices de actividad.

Síntomas extraintestinales. Tratamiento médico.

Obstrucción - Estenosis. Sepsis. Fístulas. Perforación libre. Hemorragia de intestino delgado. Cáncer. Uropatía obstructiva. Tratamiento de la enfermedad del colon.

Tratamiento de la enfermedad anal.

Colitis indeterminada.

Colitis infrecuentes: Colitis isquémica, pseudomembranosa y por citomegalovirus.

Enfermedad Diverticular.

Enfermedad no complicada. Divertículos de colon derecho. Paciente con inmunosupresión. Enfermedad recidivante.

Traumatismos de colon, recto y ano.

Clasificación y gravedad. Tratamiento.

Endometriosis pélvica profunda

Patología anal y perianal

Enfermedades anales benignas.

Hemorroides. Tratamiento de las urgencias. Cuidados postoperatorios. Técnicas quirúrgicas.

Fisura anal. Tratamiento médico y quirúrgico.

Fístula y absceso anal

Fístulas Rectovaginales y rectouretrales.

Sinus pilonidal

Hidrosadenitis supurativa

Tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Verneuil perineoglútea

Prurito anal.

Infecciones de transmisión sexual. Bacterianas y víricas.

Alteraciones funcionales

Incontinencia fecal. Clasificación. Tratamiento conservador. Tratamiento mínimamente invasivo. Tratamiento invasivo.

Estreñimiento crónico. EC funcional. Sd. Colon irritable.

Sd. Obstrucción a la defecación. Estudios funcionales y de imagen. Disinergia o anismo.
Prolapsos genitales. Prolapsos rectales: externo e interno (intususcepción).
Dolor pélvico crónico.

Cáncer de ano y del margen anal.

Etiología. Clasificación. Diagnostico y tratamiento.

VPH anal: neoplasia intraepitelial anal y carcinoma epidermoide

Manejo del paciente séptico

Índices/escalas de gravedad. Escalas de mortalidad. Escalas Disfunción orgánica.

Problemas de implementación de índices.

Índices pronósticos basados en niveles de mediadores inflamatorios.

Recomendaciones.

Soporte Vital - Shock - Politrauma

Reanimación Damage Control. Reanimación hemostática.

Manejo quirúrgico de la vía aérea. Algoritmos de decisión de la vía aérea.

Cirugía Damage Control. HTA abdominal. Sd. Compartimental abdominal. Medida de la PIA. Reintervención urgente.

Coagulopatía trauma. Protocolo de transfusión masiva.

Traumatismo torácico. Indicaciones de DET/toracotomía.

Traumatismo abdominal. Manejo terapéutico. Trauma hepático. Trauma esplénico. Trauma pancreatico-duodenal. Traume del esófago. Lesiones traumáticas del Diafragma.

Trauma víscera hueca. Hematoma retroperitoneal. Trauma vascular abdominal. Técnica de tratamiento de las hemorragias de los traumatismos pélvicos cerrados.

Temario orientativo a desarrollar durante el R3 de CGAyD

Resumen: Mama, Cirugía Endocrina, Bazo, Melanoma

Patología Mamaria

Cribado en Cáncer de Mama.

Beneficios. Sesgos. Riesgos. Controversias.

Lesiones palpables

Protocolo de actuación. Solicitud de pruebas diagnósticas.

Lesiones no palpables

Criterios de diagnóstico. Indicaciones de extirpación. Algoritmo.

Telorrea.

Criterios diagnósticos. Señales de alarma. Algoritmo.

Dolor mamario.

Diagnóstico diferencial. Tratamiento.

Ginecomastia.

Fisiopatología. Algoritmo diagnóstico. Riesgo asociado al cancer.

Lesiones mamarias benignas

Tumores del pezón y sistema ductal. Papiloma ID. Adenoma del pezón y siringomatoso.

Mama: benignos epiteliales, fibroepiteliales, mioepiteliales, mesenquimales, inflamatorios.

Lesiones premalignas y de alto riesgo. B3

Cicatriz radial, papilares, proliferativas intraepiteliales.

Mastitis

Clasificación
Mastitis aguda
Mastitis crónica
Galactoforitis crónica supurativa recidivante

Patología oncológica mamaria

Factores de riesgo. Consejo genético. Valoración del riesgo. Sd. Cáncer/Ovario. Actitud ante un paciente de alto riesgo.
Factores pronósticos y estadificación. Plataformas genómicas y clasificación molecular.
Carcinoma ductal in situ.
Carcinoma oculto de mama.
Cáncer de mama multifocal, multicéntrico y bilateral.
Enfermedad de Paget.
Carcinoma de mama localmente avanzado.
Carcinoma inflamatorio de mama.
Cáncer asociado al embarazo.
Cáncer de mama en el varón.
Tumores infrecuentes. Metastásicos. Epiteliales malignos. Linfoma.
Cirugía en estadio IV.
Cirugía axilar
 Ganglio centinela. Postneoadyuvancia. Interpretación de resultados.
 Protocolo ZTOG11
 TAD - Rescate axilar postneoadyuvancia.
Cirugía mamaria.
 Cirugía conservadora. Técnicas oncoplásticas.
Reconstrucción mamaria.
 Inmediata. Diferida. Complicaciones.
 Reconstrucción del CAP
 Valoración por las pacientes
Complicaciones de la cirugía mamaria.
 Específicas de las técnicas. Vasculares.
 Linfedema. Valoración. Prevención. Tratamiento.
Seguimiento tras cirugía mamaria.

Cirugía Endocrina

Patología del Tiroides y la glándula paratiroides

Nódulo tiroideo
 Estudio diagnóstico. Incidentaloma. Papel de la Gammagrafía. Indicación quirúrgica.
Cáncer de Tiroides
 Carcinoma diferenciado de tiroides. Dx. Pronóstico. Estadiaje. Tratamiento.
 Carcinoma medular de tiroides y MEN 2. Seguimiento, recidiva y reintervenciones.
 Carcinoma anaplásico de tiroides, linfoma y tiroiditis. Diagnóstico diferencial de una tumoración tiroidea de crecimiento rápido.
Hipertiroidismo
 E. Graves-Basedow. Adenoma tóxico. Bocio MN tóxico.
Bocio multinodular MN
 Indicación quirúrgica. Técnica quirúrgica. Casos especiales: Intratorácico, recidivado.

Fundamentos cirurxía tiroidea.

Preparación quirúrgica.

Tiroidectomía/Hemitiroidectomía.

Vaciamento ganglionar central / laterocervical.

Complicacións: Hipoparatiroidismo postquirúrgico, parálisis recorrente -
prevención, Hemorragia postoperatoria. Lesión do N. laríngeo superior. Monitorización
postoperatoria da calcemia. Tratamento da hipocalcemia

Hiperparatiroidismo primario

Formas clínicas. Diagnóstico diferencial. Tratamento médico e de la Crisis paratirotóxica.

Indicacións quirúrgicas. Localización preoperatoria.

Adenoma solitario vrs enf. multiglandular.

HPP primario e MEN 1.

Hiperparatiroidismo secundario e terciario

Paratiroidectomía en el hiperparatiroidismo secundario

Fundamentos cirurxía paratiroidea.

Anatomía. Preparación prequirúrgica.

¿Qué facer cando non se identifica unha glándula paratiroidea patolóxica?

Determinación intraoperatoria de PTH

Cuidados postoperatorios. Hipocalcemia e alta precoz

Patoloxía Suprarrenal - SR

Feocromocitoma

Presentación esporádica ou familiar. Feocromocitoma maligna. Sospecha clínica. Algoritmo
diagnóstico. Preparación preoperatoria. Táctica quirúrgica. Terapia substitutiva.

Pruebas diagnósticas

Hiperaldosteronismo primaria.

Concepto. Causas. Diagnóstico. Tratamento.

Síndrome de Cushing.

Estratexia diagnóstica. Indicación de cirurxía adrenal.

Incidentaloma SR

Evaluación clínica. Indicación quirúrgica. Masas adrenais bilaterais. Seguimento do tra-
tamento conservador.

Carcinoma SR

Presentación clínica. Criterios de malignidade. Valoración da extensión tumoral.

Tratamento adyuvante.

Cirurxía da glándula suprarrenal

Tumores Endocrinos gastropancreáticos

Diagnóstico histopatolóxico dos tumores neuroendocrinos pancreáticos.

Síndromes clínicos e diagnóstico bioquímico.

Utilidade da ecoendoscopia e a PAAF ecodirixida en los tumores neuroendocrinos.

Tratamento quirúrgico da enfermidade localizada. Resección tradicional vrs cirurxía con-
servadora.

Tratamento conservador en lesións <2cms. ¿Linfadenectomía regional?

Hipergastrinemia e Sd. Zollinger-Ellison. Sospecha clínica. Test secretina.

Localización preoperatoria. Tratamento con antiseoretos. Indicacións quirúrgicas. Gas-
trinoma en MEN 1.

Insulinoma.

Síndrome Carcinoide.

Tumores endocrinos gastroenteropancreáticos GEP y tratamiento de los tumores GEP metastásicos.

Bazo

Traumatismos del bazo. Principios de las técnicas y tácticas quirúrgicas
Cirugía del bazo patológico. Indicaciones.
Complicaciones de la cirugía esplénica

Melanoma

Estadía
Indicaciones de Ganglio centinela
Indicaciones de linfadenectomía tras ganglio centinela
Indicaciones de tratamiento adyuvante

Temario orientativo a desarrollar durante el R4 de CGAyD

Resumen: CCR + Peritoneo + Pat. anal compleja + HBP 1

Cáncer de Colon

Poliposis adenomatosa Familiar y CCR hereditario no asociado a poliposis.
Poliposis adenomatosa Familiar (PAF)
Cáncer hereditario no asociado a poliposis (CCHNP o síndrome de Lynch)
Principios oncológicos en el cáncer de colon
Campaña de cribado - Resultados.
Diagnóstico.
Estadía. Clasificación.
Anatomía quirúrgica del colon. Extensión de la colectomía.
Técnicas de las colostomías y tratamiento de sus complicaciones.
Manejo del tumor localmente avanzado.
Oncología médica y radioterápica en el cáncer de colon.
Tratamiento Neoadyuvante y adyuvante
Cáncer del colon derecho
Cáncer del colon izquierdo
Cáncer de colon transversal
Tumores apendiculares primarios
Epiteliales Mucinosos (bajo y alto grado) y no Mucinosos. Neuroendocrinos Otros.
Algoritmo de tratamiento quirúrgico.

Cáncer de Recto

Principios oncológicos del cáncer del recto
Oncología médica y radioterápica en el cáncer de recto.
Tratamiento Neoadyuvante y adyuvante
Consideraciones anatomopatológicas en el cáncer de recto
Cirugía por cáncer de recto abordaje abdominal
Cirugía por cáncer de recto abordaje transanal
Cirugía por cáncer de recto abordaje combinado
Factores de Riesgo de fallo de anastomosis en TaTME
Exenteración pélvica por cáncer

<i>Otros aspectos de la enfermedad CCR</i>
Metástasis en enfermedad CCR Carcinoma CCR sintomático y MTT hepáticas. MTT hepáticas irresecables. Marginalmente resecables. MTT hepáticas y neoplasia rectal.
Recidiva local CCR Tratamiento. Resultados. Complicaciones postquirúrgicas de la cirugía colorrectal
<i>Peritoneo y Retroperitoneo</i>
Carcinomatosis peritoneal Origen colorrectal Origen no colorrectal Enfermedades benignas peritoneales Tratamiento quirúrgico con fines curativos de las carcinomatosis peritoneales HIPEC. Técnica y complicaciones. Enfermedades malignas primarias del retroperitoneo. Fibrosis primaria retroperitoneal.
<i>Patología perianal compleja</i>
Valoración de pruebas funcionales. Cirugía de la incontinencia anal del adulto Tratamiento quirúrgico de los rectoceles Tratamiento quirúrgico del prolapso rectal completo del adulto Tratamiento quirúrgico de las fístulas rectovaginales no traumáticas Principios del tratamiento quirúrgico de los traumatismos anorrectales y de los órganos genitales
<i>Hepatobiliopancreática - HBP 1</i>
Fundamentos Anatomía quirúrgica de la vesícula biliar y la vía biliar. Vía biliar intrahepática/extrahepática. Vesícula biliar y conducto cístico. Anatomía quirúrgica del páncreas. Fisiología. Diagnóstico por imagen: Ecografía, TC y RM Endoscopia: Ecoendoscopia y CPRE Radiología intervencionista: Colangio Transparietohepática, Drenaje biliar percutáneo, Colectostomía percutánea, Drenaje percutáneo del conducto pancreático, Braquiterapia intraductal. Colelitiasis y complicaciones Colelitiasis. Colecistitis. Síndrome Mirizzi. Fístulas biliares. Íleo biliar. Coledocolitiasis y colangitis. Origen. Clasificación. Diagnóstico. Criterios de gravedad. Tratamiento. Anastomosis biliodigestivas en la litiasis biliar Lesiones iatrogénicas de la vía biliar tras colecistectomía. Manifestaciones clínicas. Pruebas complementarias. Tratamiento de las lesiones iatrogénicas de la vía biliar. Morbilidad y Mortalidad. Quistes de colédoco en el paciente adulto Etiopatogenia. Clasificación. Tratamiento. Cáncer de vesícula biliar Factores de riesgo. Patogénesis. Presentación. Vía de diseminación. Diagnóstico por ima-

gen. Estadificación. Tratamiento en pacientes con sospecha CVB. Supervivencia y recidiva. Adenocarcinoma incidental. Carcinoma del conducto cístico. Tratamiento adyuvante. Neoadyuvancia en tumores localizados. Tratamiento de los tumores diseminados e irresecables.

Pancreatitis aguda.

Predicción y clasificación de la gravedad.
Pruebas diagnósticas. Algoritmo.
Complicaciones PA: Infección de la necrosis pancreática y extra-pancreática. Hemorragia. Pseudoquiste. Fístula pancreática. Sd. del ducto desconectado. Sd. Compartimental agudo.

Pancreatitis crónica

Diagnóstico y tratamiento médico y endoscópico.
Indicaciones de tratamiento quirúrgico y técnicas quirúrgicas. Derivación del conducto W.
Tratamiento de los pseudoquistes.

Manejo del sangrado en cirugía hepática.

Profilaxis de la hemorragia. Maniobras y manejo intraoperatorio del sangrado. Manejo postoperatorio.

Técnicas de oclusión vascular. Agentes hemostáticos tópicos.

Lesiones ocupantes de espacio benignas

Quistes hepáticos congénitos. Quistes hepáticos simples. Enfermedad Poliquística hepática. Poliquistosis hepatorenal. Síndrome de Caroli. Hamartomas biliares. Quiste hepático ciliado del intestino anterior.

Quistes hepáticos parasitarios y abscesos hepáticos.

Hemangioma cavernoso hepático

Adenoma hepático

Hiperplasia nodular focal.

Tumores poco frecuentes: Tumores epiteliales, mesenquimales, y otros.

Temario orientativo a desarrollar durante el R5 de CGAyD

Resumen: Cirugía Esofagogástrica + Cirugía Bariátrica + Cirugía Hepatobiliopancreática - HBP 2

Cirugía Esofagogástrica

Cirugía Esofágica

Anatomía quirúrgica esofágica. Histopatología. Semiología clínica del esófago. Pruebas complementarias: Estudios radiológicos, Endoscopia, ecoendoscopia. Manometría esofágica. Monitorización del RGE. Estudios isotópicos.

Lesiones esofágicas por agentes físicos

Esofagitis por cáusticos. Tipos. Clínica. Diagnóstico. Tratamiento. Pronóstico.

Perforación esofágica. Clasificación. Síndrome de Boerhaave.

Trastornos motores esofágicos

Acalasia

Divertículos esofágicos

Hernias diafragmáticas

Hernias diafragmáticas

Hernia de Hiato

ERGE

Esófago de Barret

Cirugía antirreflujo.

Tratamiento quirúrgico de las rupturas traumáticas del diafragma
Tumores benignos esofagogástricos
Cáncer de esófago
Clasificación. Factores predisponentes. Diagnóstico y estadificación.
Clasificación de Siewert.
Criterios de operabilidad. Criterios de irresecabilidad.
Tratamiento quirúrgico. Resección esofágica. Vías de acceso. Linfadenectomía.
Reconstrucción.
Complicaciones de la resección. Intraoperatorias. Posoperatorias. Funcionales.
Terapias complementarias: Quimioterapia y radioterapia. Tratamiento definitivo QT-RDT.
Tratamientos paliativos.

Cirugía Gástrica

Anatomía quirúrgica gástrica. Histopatología. Datos clínicos. Exámenes complementarios en patología gástrica. Tipos de gastrectomía.

Cáncer gástrico.

Operabilidad y resecabilidad. Tipos de abordaje y cirugía. Preparación. Selección de pacientes. Estadificación. Tratamiento neoadyuvante. Tratamiento adyuvante. Tratamiento paliativo. Seguimiento del paciente intervenido. Papel de la endoscopia en lesiones premalignas. Manejo endoscópico de las complicaciones postquirúrgicas.

Linfoma gástrico primario.

- Clasificación de la OMS y subtipos. Presentación clínica. Exploraciones complementarias.
- Estudio de extensión. Tratamiento.
- Tumores del estroma gastrointestinal.
- Origen celular y genético. Diagnóstico. Anatomía patológica. Estadificación. Principios de la cirugía. Tratamiento sistémico.

Complicaciones de la cirugía gástrica.

- Precoces. Síndromes postgastrectomía. Alteraciones motoras. Úlcera marginal. Síndromes obstructivos. Colelitiasis. Neoplasia del muñón gástrico. Trastornos nutricionales y metabólicos.

Cirugía Bariátrica

Principios de la cirugía bariátrica

- Clasificación. Epidemiología y fisiopatología. Tratamiento médico.
- Obesidad de edades extremas. Infancia y adolescencia. En mayores de 65 años.
- Valoración multidisciplinar. Optimización de comorbilidades. Pérdida de peso preoperatoria.
- Tratamiento médico vrs quirúrgico. Resultados.

Banda gástrica ajustable.

Generalidades. Técnica. Seguimiento. Resultados.

Cirugía restrictiva

Sleeve gástrico. Indicaciones. Contraindicaciones relativas. Técnica.

Cirugía mixta (restrictiva-malabsortiva)

Bypass Gástrico. Indicaciones. Técnica.

Otras técnicas bariátricas

Derivación biliopancreática.

Cruce duodenal. Indicación. Mecanismo de la intervención. Diferencias entre DBP y CD.

<p>Complicaciones tardías. Postoperatorio Cirugía Bariátrica</p> <ul style="list-style-type: none">- Complicaciones postoperatorias de la cirugía bariátrica. Diagnóstico. Datos de alarma. Complicaciones específicas.- Dieta postoperatoria. Prevención de déficits nutricionales.- Urgencias bariátricas: Abdomen agudo. Obstrucción digestiva. Sepsis biliar. Hemorragia. <p>Cirugía del contorno corporal Indicaciones. Riesgos y complicaciones. Técnicas quirúrgicas.</p>
<p><i>Hepatobiliopancreática – HBP 2</i></p>
<p><i>Páncreas</i></p>
<p>Tumores quísticos y neoplasias benignas de páncreas. Clasificación. Tratamiento. Exploraciones diagnósticas.</p> <p>Cáncer de páncreas Lesiones premalignas. Factores de riesgo. Estrategia diagnóstica. Criterios de reseccabilidad. Ca reseccable/borderline reseccable /irreseccable Neoadyuvancia y adyuvancia. Duodenopancreatectomía cefálica. Criterios de reseccabilidad. Técnica resección. Técnica de reconstrucción. Pancreatectomía corporocaudal. Indicaciones. Técnica. Complicaciones. Pancreatectomía total. Indicaciones. Resecciones vasculares - Intervención de Appleby. Tratamiento paliativo: quimioterápico, radioterápico y tratamiento de la ictericia obstructiva. Obstrucción maligna gástrica. Control del dolor. Desnutrición e insuficiencia pancreática exocrina. Enfermedad tromboembólica venosa.</p> <p>Manejo postoperatorio de las pancreatectomías Uso de drenajes tras pancreatectomía. Nutrición tras pancreatectomía.</p> <p>Complicaciones postoperatorias tras cirugía pancreática. Complicaciones. Mortalidad. Tratamiento.</p> <p>Ampuloma. Etiopatogenia, clasificación. Drenaje biliar. Tratamiento. Pronóstico.</p> <p>Adenocarcinoma duodenal. Etiopatogenia. Diagnóstico y tratamiento. Pronóstico.</p> <p>Lesiones metastásicas en páncreas. Generalidades. Diagnóstico y tratamiento.</p> <p>Trasplante pancreático</p>
<p><i>Patología Hepatobiliar</i></p>
<p>Funcionalidad hepática. Analítica, test funcionales. Volumetría hepática. Correlación ecográfica.</p> <p>Diagnóstico por imagen de las lesiones hepáticas.</p> <p>Radiología intervencionista. Manejo radiológico en los tumores hepáticos. Tratamiento de la HTPortal. Drenaje radiológico de los abscesos hepáticos. Colecciones perihepáticas y fístulas biliares. Drenaje biliar preoperatorio en el tumor de Klatsking. Manejo de la rotura de la hepatocarcinoma.</p> <p>Métodos ablativos Radiofrecuencia. Microondas. Criocirugía o crioterapia. Ultrasonidos. Electroporación.</p>

Tumores hepáticos malignos primarios y secundarios.

Tratamiento quirúrgico:

Conducta general en las hepatectomías por laparotomía,

Técnicas de hepatectomía por laparotomía

Resecciones hepáticas segmentarias por laparotomía

Técnicas y modalidades de exclusión vascular del hígado y de las hepatectomías extremas Hepatectomías por vía laparoscópica

Hepatocarcinoma sobre hígado cirrótico

- Estadificación. HTPortal. Resección hepática. Carcinoma hepatocelular en estadio intermedio.
- Resección en tumores grandes/múltiples. Indicaciones de trasplante.
- Otras hepatocarcinomas.
- Hepatocarcinoma sobre hígado sano. Hepatocarcinoma fibrolamelar. Hepatoblastoma.

Tumores de la vía biliar extrahepática (No Klatskin)

Tumores benignos/malignos.

Colangiocarcinoma intrahepático y perihiliar (tumor de Klatskin)

Diagnóstico. Histología. Estadificación. Screening en CEP.

Tratamiento del colangiocarcinoma perihiliar.

Tratamiento del colangiocarcinoma intrahepático.

Tumores malignos primarios infrecuentes.

Cistoadenocarcinoma

Angiosarcoma

Hemangioendotelioma epiteloide

Linfoma

Metástasis hepáticas

CCR - Escenarios clínicos y factores de selección del tratamiento. Evaluación y estadificación prequirúrgica. Definición de reseccabilidad. Estrategia quirúrgica. Estrategia oncoquirúrgica. Controversias.

Tumores neuroendocrinos - Diagnóstico y estadificación. Tratamiento quirúrgico, local, regional, y sistémico.

Otra enfermedad metastásica hepática.

Complicaciones quirúrgicas de la cirugía hepática

Manejo postoperatorio de la resección hepática.

Hemorragia postoperatoria: Profilaxis, diagnóstico y tratamiento.

Complicaciones biliares: Bilioma, coleperitoneo, fístula biliar, Estenosis biliar, Hemobilia, Colangitis, Abscesos hepáticos.

Trasplante hepático.