

# **GUÍA DOCENTE**



## **CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO**

**Fecha de Actualización: Marzo 2014**

## **ÍNDICE**

---

1. La especialidad en el HGCR	.....Pág. 3
2. Estructura y plantilla actuales	.....Pág. 4-6
3. Actividad asistencial	.....Pág. 7-18
4. Actividad docente	.....Pág. 19-31
5. En resumen	.....Pág. 32
6. Itinerario docente MIR	.....Pág. 33
7. ¿Cómo contactar con el servicio?	.....Pág. 34
8. Anexo I	.....Pág. 35-52
9. Anexo II	.....Pág. 53-59
10. Anexo III	.....Pág. 60-61
11. Anexo IV	.....Pág. 62

## **1. LA ESPECIALIDAD EN EL HGCR**

El servicio de Cirugía General y Digestivo obtuvo la acreditación docente para la formación de MIR en el año 1994. En la actualidad, enumeramos los médicos que han completado la formación MIR en nuestro servicio:

- Dr. David Padilla Valverde (1995-2000. H. General Universitario de Ciudad Real).
- Dr. Juan Manuel Molina de la Sierra (2001-2006) H. de Puertollano.
- Dra. M<sup>a</sup> del Carmen Manzanares Campillo (2005-2010) H. General Universitario de Ciudad Real.
- Dr. Pablo Menéndez Sánchez (2006-2011). H. de Valdepeñas.
- Dr. Virginia Muñoz Atienza (2008-2013) HGUCR

Actualmente, la capacidad docente de esta especialidad es de 1 residente por año.

## **2. ESTRUCTURA Y PLANTILLA ACTUALES**

---

**JEFE DE SERVICIO**

**TUTOR DE RESIDENTES**

**Dr. Jesús Martín Fernández**

**CO-TUTOR DE RESIDENTES**

**Dra. Aurora Gil Rendo**

**JEFES DE SECCIÓN**

**Dr. Julio Camarena Moriñigo**

**Dr. Pascual Crespo Crespo**

**Dr. Teófilo Cubo Cintas**

**FACULTATIVOS  
ESPECIALISTAS DE  
ÁREA**

**Dra. Irene Arjona Medina**  
**Dra. Mercedes Estaire Gómez**  
**Dra. M<sup>a</sup> Ángeles Gil-Olarte Márquez**  
**Dr. Alberto Jara Sánchez**  
**Dra. M<sup>a</sup> del Carmen Manzanares Campillo**  
**Dr. Fernando Martínez de Paz**  
**Dr. Bruno Menchén Trujillo**  
**Dr. David Padilla Valverde**  
**Dr. Ricardo Pardo García**  
**Dr. Pedro Villarejo Campos**  
**Dra. Rebeca Vitón Herrero**  
**Dra. Virginia Muñoz Atienza**

**RESIDENTES**

**R1 Ana Alberca**  
**R3. Dr. Jose Luis Bertelli Puche**  
**R4 Dra. Esther García Santos**  
**Dr. Francisco Javier Ruescas**  
**R5. Dra. Susana Sánchez García**

**PLANTA 3<sup>a</sup> A****ENFERMERÍA Y AUXILIARES**

- Olga Luisa Jorreto Herrera

(Supervisora)

- Carmen M<sup>a</sup> Moreno Cabezas
- Cristina Prado Alañón
- Eduarda M<sup>a</sup> Sepúlveda García
- Ester Ruiz Obregón
- Esther M<sup>a</sup> Romero López
- Eva M<sup>a</sup> Trujillo Paredes
- Eva M<sup>a</sup> Garzas Cejudo
- Eva Lopera Puerto
- Francisca M<sup>a</sup> Rayo Gómez
- Juan Carlos Vargas Padial
- Julio Ramón Medina Mantas
- Ismael Hernández Sánchez
- Luisa Serrano López
- M<sup>a</sup> Prado Peco Donoso
- M<sup>a</sup> Teresa Ureña Barrajón
- M<sup>a</sup> Ángeles Valero Polo
- M<sup>a</sup> Cruces Gómez-Caraballo Prado
- M<sup>a</sup> Del Carmen Naharro Fernández
- 

- M<sup>a</sup> Carmen Montiel Moreno
- M<sup>a</sup> Carmen Novalbos Coronado
- M<sup>a</sup> Carmen Ruiz Céspedes
- Concepción Aranaz
- Eva M<sup>a</sup> Sánchez Laguna
- Felisa Herrera Llorens
- Inocencia Muñoz Pérez
- Jesús Lillo Lillo
- M<sup>a</sup> José Abad Romero
- M<sup>a</sup> Esther Arcos Mena

**QUIRÓFANOS 5, 6  
y1111/12**

**ENFERMERÍA Y AUXILIARES**

**-Rosa Solana** (Supervisora de personal)  
**-Noelia Moreno-Chocano** (Supervisora de material)  
**-M<sup>a</sup> José Campistegui**  
**-Pilar Marta**  
**-Carmina Rodríguez**  
**-Margarita Martín**  
**-Piedad Valencia**  
**-Amalia Sevilla**

**-Máxima Delgado**  
**-Remedios Violero**  
**-Maria Paz Tapiador**

**CONSULTAS 40, 41, 42**

**-Matilde Sánchez Leal**  
**-Mercedes García-Falces**  
**-M<sup>a</sup> Jesús López-Lucendo**

**SECRETARÍA**

**-Gema García López**

### **3. ACTIVIDAD ASISTENCIAL**

---

#### **3.1 RECURSOS FÍSICOS**

##### **A. HOSPITALIZACIÓN**

Las camas asignadas al servicio son 32 y se distribuyen en el **control 3 A**. En nivel 3 A hay 24 habitaciones, 4 de ellas adaptas a pacientes de cirugía bariátrica. . Del cómputo global de habitaciones 16 son individuales y 8 dobles.

La Unidad de **Cirugía Mayor Ambulatoria**, dispuesta en el nivel 1 BC, de la cual hacemos uso, posee 11 camas y 12 sillones disponibles en horario de 8:00-22:00 h de lunes a viernes.

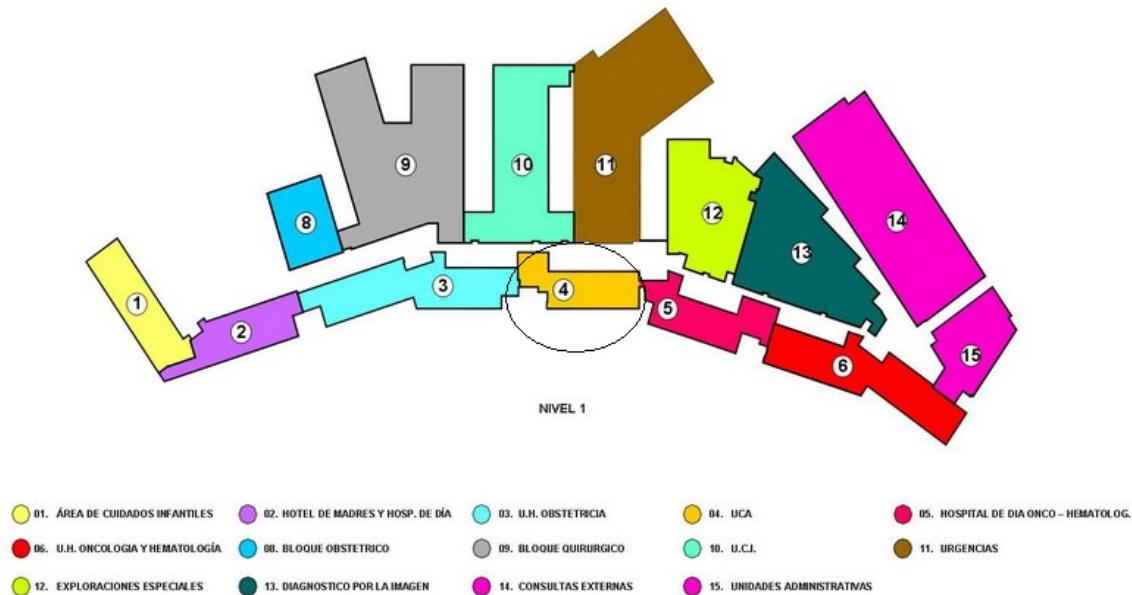
##### **Equipamiento**

- Sala de curas.
- Control (2 PC, 1 impresora).
- Despacho de supervisora (1 PC, 1 impresora).
- Almacén.
- Estar de enfermería y cocina.
- Baños de personal.
- Bañera de pacientes.

#### **NIVELES 3 A Y 4 A**



## **CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA)**



### **Despachos**

#### **Bloque administrativo:**

- Despacho del Jefe de servicio.
- Despacho de administrativo.
- Sala de reuniones (2 PC, cámara de vídeo, pantalla, 1 PC portátil, proyector).

#### **Nivel 3 A:**

- Despacho para información a familiares (1 PC, impresora, cámara de fotos).
- Despacho del *staff* (1 PC).
- Zona de trabajo (2 PC, 1 impresora, 2 grabadoras, 1 negatoscopio, 1 PC-tablet, 3 PC portátiles).
- Aula (final de nivel 3 A).

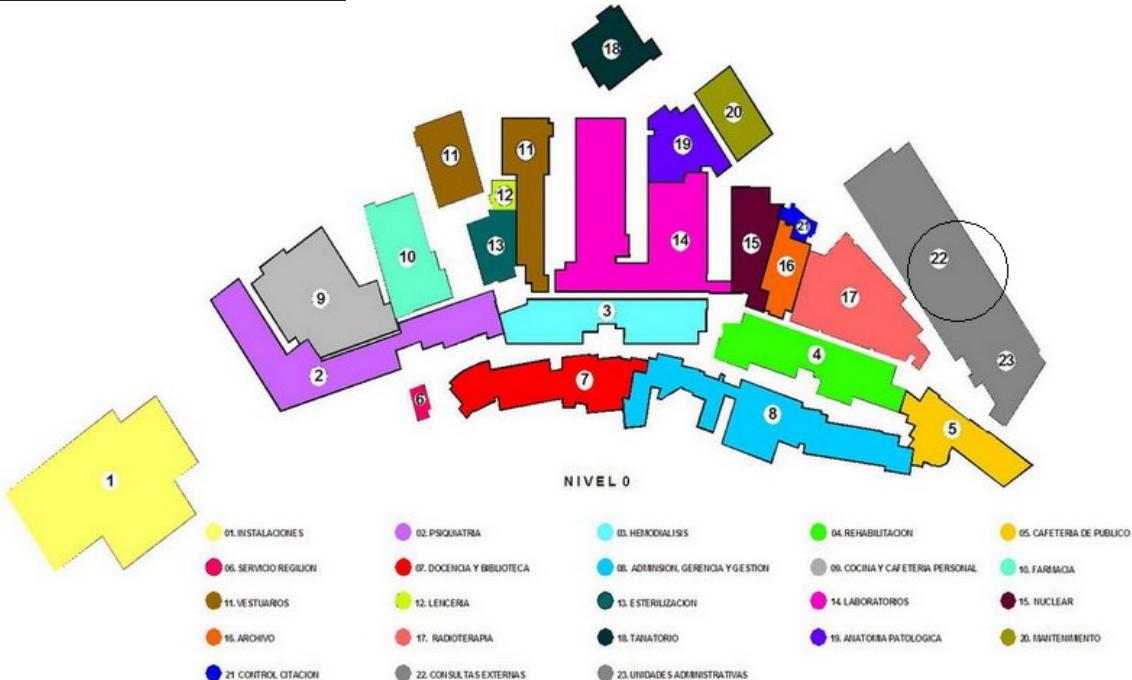
### **B. CONSULTAS EXTERNAS**

El servicio dispone de tres **consultas** (40, 41, 42) situadas en el nivel 0 del área de consultas externas. Existe otra consulta en el CEDT de Daimiel (1 semanal). La **consulta 4** de Oncología se utiliza para el consejo genético.

Las consultas se distribuyen en:

- Cirugía General:** programación y revisión de procesos sencillos (CMA, colecistectomías, hernias, eventraciones, apendicectomías, quistes epidérmicos, proctología, etc). (5 consultas/ semana).
- Cirugía Especializada:** programación y revisión de cirugía oncológica y compleja (colorrectal, hepatobilio-pancreática, etc). (2-3 consultas/ sem).
- Unidad de Mama.** (3 consultas/ sem: lunes, miércoles y viernes).
- Cirugía Oncoplástica.** (1 consulta/sem: martes).
- Unidad de Cirugía Bariátrica.** (1 consulta/ sem: miércoles).
- Consulta de Consejo Genético:** (1 consulta/sem: jueves).
- Curas:** Lunes por la mañana.

## ÁREA DE CONSULTAS



## C. QUIRÓFANOS

Los quirófanos asignados al servicio para la cirugía programada son el **5, 6 y 11/12**, utilizándose habitualmente el **1** para la cirugía urgente.

Semanalmente se utilizan 15-17 quirófanos para cirugía programada, 3 por la mañana diariamente, excepto el martes, 1 por la tarde 3 días/semana).

## Equipamiento

- El quirófano 6 es un quirófano integrado de alta resolución (Endo-Alpha) y se emplea habitualmente para la cirugía laparoscópica.
- Sala de formación con tecnología audiovisual para los quirófanos Endo-Alpha, adyacente a los mismos.
- Torres de video-laparoscopia: 3.
- Torre de TEM.
- Coledoscopio.
- Bisturí eléctrico Valleylab Force 40: 2.
- Bisturí de argón.
- Bisturí ultrasónico CUSA.
- Sistema de sellado vascular Ultracission.
- Sistema de sellado vascular Liga Sure: 2.
- Laboratorio para determinación de la hormona paratiroides intacta intraoperatoria (STAT- System; Future Diagnostics©).
- Caja de instrumental para colecistectomía laparoscópica: 3.
- Caja de instrumental para apendicectomía laparoscópica: 1.
- Caja de instrumental para cirugía colorrectal laparoscópica: 1.

- Caja de instrumental para cirugía esófago-gástrica laparoscópica: 1.
- Caja de instrumental para TEM: 1.
- Caja de instrumental para hernias: 10.
- Caja de instrumental para laparotomía: 5
- Caja de instrumental para hepatobilio-pancreática: 1.
- Caja de instrumental para colecistectomía abierta: 3
- Caja de instrumental para colorrectal abierta: 1.
- Caja de instrumental para tiroides: 3.
- Caja de instrumental para mama: 2.
- Caja de instrumental para oncoplástica: 1.
- Caja de instrumental para cirugía pediátrica: 1.
- Caja de instrumental para cirugía torácica: 1.
- Separador Thompson: 1.

### **3.2 ACTIVIDAD ASISTENCIAL 2007**

- Ingresos/año: 1746
- Intervenciones quirúrgicas electivas/año: 1891
- Intervenciones quirúrgicas urgentes/año: 604
- Intervenciones de CMA: 594
- Ocupación de quirófanos: 74%
- Primeras visitas en consulta externa/año: 4500
- Seguimiento de pacientes operados: 6406

### **3.3 CARTERA DE SERVICIOS**

#### **1. CIRUGÍA DEL ESÓFAGO Y GASTRODUODENAL**

- 1.1. *Tratamiento del reflujo gastroesofágico patológico.*
  - 1.1.1. Cirugía convencional antirreflujo (Nissen, Toupet, Hill, otros).
  - 1.1.2. Cirugía laparoscópica antirreflujo (Nissen, Nissen-Rossetti,...).
- 1.2. *Tratamiento de los divertículos esofágicos.*
  - 1.2.1. Resección.
  - 1.2.2. Pexia.
  - 1.2.3. Miotomía.
- 1.3. *Tratamiento de la perforación esofágica.*
  - 1.3.1. Sutura.
  - 1.3.2. Drenaje cervical.
  - 1.3.3. Drenaje mediastínico.
  - 1.3.4. Exclusión bipolar del esófago.
- 1.4. *Tratamiento de los trastornos motores del esófago.*
  - 1.4.1. Miotomía.
    - 1.4.1.1. Del cricofaríngeo (EES).
    - 1.4.1.2. Longitudinal del cuerpo del esófago.
    - 1.4.1.3. Del cardias (EEI).
  - 1.5. *Tratamiento de los tumores benignos del esófago.*
    - 1.5.1. Resección.
  - 1.6. *Tratamiento del cáncer de esófago.*
    - 1.6.1. Tratamiento quirúrgico.
      - 1.6.1.1. Resección esofágica.

- 1.6.1.2. Plastia gástrica.
- 1.6.1.3. Plastia cólica.
- 1.6.1.4. Plastia yeyunal.
- 1.7. *Tratamiento de los tumores benignos del estómago.*
- 1.7.1. Resección.
- 1.8. *Tratamiento de la úlcera gastroduodenal.*
- 1.8.1. Sutura de perforación.
- 1.8.2. Vagotomía troncular.
- 1.8.3. Vagotomía gástrica proximal.
- 1.8.4. Pilonoplastia.
- 1.8.5. Resección gástrica.
- 1.8.6. Hemostasia de úlcera sangrante.
- 1.9. *Tratamiento del cáncer de estómago.*
- 1.9.1. Tratamiento quirúrgico.
- 1.9.1.1. Resección gástrica.
- 1.9.1.2. Omentectomía.
- 1.9.1.3. Resección de órganos vecinos.
- 1.9.1.3.1. Colon.
- 1.9.1.3.2. Bazo.
- 1.10. *Cirugía de la obesidad mórbida (Cirugía bariátrica).*
- 1.10.1. Gastroplastia tubular laparoscópica.
- 1.10.2. By-pass intestinal laparoscópico.
- 1.11. *Cirugía de las secuelas de la obesidad mórbida*
- 1.11.1. Dermolipectomía abdominal.

## **2. CIRUGÍA DEL INTESTINO DELGADO**

- 2.1. *Tratamiento de la obstrucción de intestino delgado.*
- 2.1.1. Adherenciólisis.
- 2.1.2. Resección intestinal.
- 2.2. *Tratamiento de los tumores del intestino delgado.*
- 2.2.1. Resección intestinal.
- 2.3. *Tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal crónica.*
- 2.3.1. Resección intestinal.
- 2.3.2. Estricturoplastia.
- 2.3.3. Ileostomías.
- 2.4. *Tratamiento de los divertículos del intestino delgado y del divertículo de Meckel.*
- 2.4.1. Resección diverticular.
- 2.4.2. Resección intestinal.
- 2.5. *Cirugía de la obstrucción vascular mesentérica (aguda y crónica).*
- 2.5.1. Resección intestinal.
- 2.5.2. Técnicas de revascularización mesentérica.
- 2.6. *Patología del apéndice vermicular (inflamatoria, tumoral).*
- 2.6.1. Apendicectomía.
- 2.6.2. Hemicolectomía derecha.

## **3. CIRUGÍA COLOPROCTOLÓGICA**

- 3.1. *Tratamiento de la patología colorrectal aguda*
- 3.1.1. Tratamiento de la hemorragia digestiva baja
- 3.1.1.1. Divertículos
- 3.1.1.2. Tumores (benignos y malignos)

- 3.1.1.3. Cuerpos extraños
- 3.1.1.4. Hemorroides
- 3.1.1.5. Fisuras
- 3.1.1.6. Traumatismos
- 3.1.1.7. Fístulas angio-colónicas
- 3.1.2. *Tratamiento de la perforación de colon*
  - 3.1.2.1. Tratamiento de perforación intraperitoneal de colon
    - 3.1.2.1.1. Tratamiento del absceso intraperitoneal
    - 3.1.2.1.1.1. Drenaje quirúrgico
    - 3.1.2.1.2. Tratamiento de peritonitis difusa
    - 3.1.2.1.3. Tratamiento de peritonitis localizada
    - 3.1.2.1.3.1. Drenaje quirúrgico
  - 3.1.2.2. Tratamiento de perforación extraperitoneal de colon
    - 3.1.1.2.1. A retroperitoneo
    - 3.1.1.2.2. A otras localizaciones retroperitoneales
- 3.1.3. *Tratamiento de la obstrucción de colon.*
  - 3.1.3.1. Tratamiento de obstrucción de colon por tumor
    - 3.1.3.1.1. Tratamiento quirúrgico
    - 3.1.3.2. Tratamiento de obstrucción de colon por vólvulo
      - 3.1.3.2.1. Tratamiento quirúrgico
    - 3.1.3.3. Tratamiento de la invaginación ileo-cólica
      - 3.1.3.3.1. Tratamiento quirúrgico
      - 3.1.3.4. Tratamiento de la obstrucción por fecalomía
    - 3.1.3.5. Tratamiento de la obstrucción por cuerpos extraños
  - 3.1.4. *Tratamiento de la patología vascular mesentérica*
    - 3.1.4.1. Arterial
    - 3.1.4.2. Venosa
  - 3.1.5. *Tratamiento del megacolon tóxico*
  - 3.1.6. *Tratamiento de las fistulas intestinales (Enfermedad de Crohn u otros)*
    - 3.1.6.1. Enteroviscerales
    - 3.1.6.2. Enterocutáneas
  - 3.1.7 *Tratamiento de traumatismos colorrectales*
    - 3.1.7.1. Tratamiento de las contusiones colorrectales y lesiones asociadas
    - 3.1.7.2. Tratamiento de las heridas colorrectales
    - 3.1.7.3. Tratamiento de las lesiones colorrectales causadas por cuerpos extraños
    - 3.1.7.4. Tratamiento de las lesiones causadas por abusos sexuales y manejo de sus implicaciones Médico-Legales
    - 3.1.7.5. Tratamiento de las lesiones colorrectales causadas por radiaciones ionizantes
    - 3.1.7.6. Tratamiento de las estenosis colorrectales posttraumáticas
  - 3.2. *Tratamiento de las hemorroides*
    - 3.2.1.1 Hemorroidectomías quirúrgicas
    - 3.2.1.2. Esfinterotomía lateral interna
    - 3.2.1.3. Electrocoagulación de hemorroides
  - 3.3.1. *Tratamiento de fisura anal*
    - 3.3.1.1. Dilatación anal
    - 3.3.1.2. Esfinterotomía lateral interna
  - 3.4. *Tratamiento de abscesos, fistulas, hidrosadenitis perianales*
    - 3.4.1. Drenaje de absceso perianal
    - 3.4.2. Dilatación anal para tratamiento de absceso o fistula perianal
    - 3.4.3. Excisión de fistula perianal

- 3.4.4. Fistulectomía de Parks
- 3.4.5. Técnica de Seton
- 3.5. *Tratamiento de sinus pilonidal*
  - 3.5.1. Drenaje de absceso pilonidal
  - 3.5.2. Exéresis de sinus pilonidal
  - 3.5.3. Procedimientos plásticos
- 3.6. *Tratamiento de condilomas anales*
- 3.7. *Tratamiento de fistulas rectovaginales y rectovesicales*
  - 3.7.1. Reparación local de la fistula
  - 3.7.2. Interposición de colgajo de deslizamiento
  - 3.7.3. Reparación transabdominal
  - 3.7.3.1. Resección intestinal
- 3.8. *Tratamiento del cáncer colorrectal y del canal anal.*
  - 3.8.1. Resecciones segmentarias de colon
  - 3.8.2. Hemicolectomías
  - 3.8.3. Resección colorrectal anterior
  - 3.8.4. Resección colorrectal anterior baja
  - 3.8.5. Amputación colorrectal abdómino-perineal
  - 3.8.6. Resecciones colorrectales ampliadas
    - 3.8.6.1. A órganos vecinos
    - 3.8.6.2. Exenteración pelviana
    - 3.8.6.3. Extirpación de sacro
- 3.9. *Tratamiento de metástasis del cáncer colorrectal*
  - 3.9.1. Metástasis en hígado
- 3.10. *Tratamiento de las situaciones urgentes del cáncer colorrectal (Obstrucción, perforación, hemorragia...)*
  - 3.10.1. Operación de Hartmann
  - 3.10.2 Otras operaciones asociadas
    - 3.10.2.1. Ileostomía
    - 3.10.2.2. Cecostomía
    - 3.10.2.3. Colostomía
- 3.11. *Tratamiento de la Enfermedad inflamatoria intestinal*
  - 3.11.1. Proctocolectomía
    - 3.11.1.1. Más ileostomía continente
    - 3.11.1.2. Más anastomosis ileoanal
    - 3.11.1.2.1 Con reservorio
  - 3.11.2. Tratamiento de la Patología de los reservorios intestinales
    - 3.11.2.1. Conversión de reservorios
    - 3.11.3. Tratamiento del megacolon tóxico.
    - 3.11.4. Manejo de hemorragia en la colitis ulcerosa
    - 3.11.5. Estricturoplastias en la enfermedad de Crohn
    - 3.11.6. Resecciones intestinales segmentarias
    - 3.11.7. Fístulas internas y externas
      - 3.11.7.1. Enterocutáneas
      - 3.11.7.2. Enteroviscerales
    - 3.11.8. Enfermedad perianal
- 3.12. *Tratamiento de la Enfermedad diverticular del colon*
  - 3.12.1. Colectomías

#### **4. CIRUGÍA HEPATOBILIAR**

- 4.1. *Tratamiento del absceso hepático*
  - 4.1.2. Drenaje quirúrgico
- 4.2. *Tratamiento del quiste hidatídico*
  - 4.2.1. Quistectomía parcial
  - 4.2.2. Quistectomía total
  - 4.2.3. Quistoperiquistectomía
  - 4.2.4. Resección hepática
- 4.3. *Tratamiento del quiste hidatídico simple*
  - 4.3.2. Drenaje quirúrgico
  - 4.3.2.1. Convencional
- 4.4. *Tratamiento de la rotura hepática*
  - 4.4.1. Hemostasia
  - 4.4.2. Taponamiento
- 4.5. *Tratamiento del tumor hepático*
  - 4.5.1. Quirúrgico
    - 4.5.1.1. Resección hepática
- 4.6. *Tratamiento de la HTA portal*
  - 4.6.1. Quirúrgico
    - 4.6.1.1. Derivación quirúrgica
- 4.7. *Tratamiento del Sd. De Budd-Chiari*
  - 4.7.1. Derivación
- 4.8. *Tratamiento de la litiasis biliar*
  - 4.8.1. Cirugía de colelitiasis/colecistitis
    - 4.8.1.1. Colecistectomía abierta
    - 4.8.1.2. Colecistectomía laparoscópica
  - 4.8.2. Cirugía de la Coledocolitiasis
    - 4.8.2.1. Exploración biliar abierta
    - 4.8.2.2. Exploración biliar laparoscópica
- 4.9. *Tratamiento de los tumores biliares*
  - 4.9.1. Tumor de la vesícula biliar
    - 4.9.1.1. Resección hepática
    - 4.9.1.2. Derivación biliar
  - 4.9.2. Tumor de las vías biliares
    - 4.9.2.1. Resección biliar
    - 4.9.2.2. Resección hepática
    - 4.9.2.3. Resección pancreática
- 4.10. *Tratamiento de las estenosis no tumorales de la vía biliar*
  - 4.10.1. Resección biliar
  - 4.10.2. Derivación biliar
- 4.11. *Tratamiento de las lesiones quísticas de la vía biliar*
  - 4.11.1. Resección
- 4.12. *Tratamiento del ampuloma*
  - 4.12.1. Ampulectomía
  - 4.12.2. Duodenopancreatectomía de Whipple

## **5. CIRUGÍA DE LA CARA Y CUELLO**

- 5.1. *Accesos venosos en el cuello*
  - 5.1.1. Venopunción yugular externa
  - 5.1.2. Venopunción yugular interna
  - 5.1.3. Venopunción subclavia

## *5.2. Procedimientos sobre esófago cervical*

5.2.1. Cirugía del divertículo faringoesofágico (de Zenker)

## **6. CIRUGÍA DE LA PARED ABDOMINAL**

6.1. *Tratamiento de hernias y eventraciones*

6.1.1. Sin prótesis

6.1.2. Con material protésico

6.1.2.1. Abierta

6.2. *Tratamiento de infecciones de pared*

6.2.1. Drenaje quirúrgico

6.2.2. Desbridamiento

6.3. *Tratamiento de los tumores de la pared abdominal*

6.3.1. Extirpación

6.3.2. Extirpación más reconstrucción de la pared

6.4. *Tratamiento de los grandes defectos de la pared abdominal*

6.4.1. Reconstrucción

## **7. CIRUGÍA AMBULATORIA MAYOR Y MENOR**

**7.1. Procedimientos Terapéuticos de Cirugía Menor Ambulatoria**

7.1.1. *Tratamiento de tumores*

7.1.1.1. Extirpación de lipomas, quistes sebáceos

7.1.1.2. Tratamiento de verrugas, tumores superficiales, condilomas, etc.

7.1.1.3. Extirpación biopsia de pequeños tumores cutáneos

**7.2. Procedimientos Terapéuticos de Cirugía Mayor Ambulatoria**

7.2.1. *Patología mamaria*

7.2.1.1. Tratamiento de fibroadenomas

7.2.1.2. Tratamiento de papiloma intraductal

7.2.1.3. Tratamiento de ginecomastia

7.2.1.4. Tratamiento de mastitis y fistulas

7.2.1.5. Mastectomía simple

7.2.2. *Patología de la pared abdominal*

7.2.2.1. Tratamiento de hernias

7.2.2.2. Tratamiento de eventraciones pequeñas

7.2.3. *Patología región anal*

7.2.3.1. Tratamiento de condilomas anales

7.2.3.2. Tratamiento de abscesos

7.2.3.3. Tratamiento de fistulas y fisura

7.2.3.4. Tratamiento de hemorroides

7.2.3.5. Extirpación de pólipos rectos (TEM)

7.2.3.6. Cura radical de sinus pilonidal

## **8. CIRUGÍA DEL TIROIDES Y PARATIROIDES**

8.1. *Procedimientos sobre la glándula tiroides*

8.1.1. Quirúrgica

8.1.1.1. Hemitiroidectomía

8.1.1.2. Tiroidectomía subtotal

8.1.1.3. Tiroidectomía casi total

8.1.1.4. Tiroidectomía total

8.1.1.4.1. Más vaciamiento cervical

8.1.1.5. Extirpación de tiroides intratorácico

### *8.1.2. Procedimientos sobre las glándulas paratiroides*

8.1.2.1. Paratiroidectomía de adenoma + determinación PTHi intraoperatoria

8.1.2.1.1. Subtotal

## **9. CIRUGÍA ENDOCRINOLÓGICA**

### *9.1. Cirugía del hipercortisolismo*

9.1.2. Adrenalectomía uni o bilateral

### *9.2. Cirugía del hiperaldosteronismo*

9.2.1. Adrenalectomía unilateral

9.2.2. Adrenalectomía bilateral (ocasional)

### *9.3. Cirugía del feocromocitoma y paraganglioma*

9.3.1. Adrenalectomía uni o bilateral

9.3.2. Extirpación de tumores ectópicos

### *9.4. Tratamiento de incidentaloma*

9.4.1. Adrenalectomía unilateral

9.4.2. Adrenalectomía bilatearal

### *9.5. Cirugía del Cáncer suprarrenal y metástasis suprarrenales*

9.5.1. Adrenalectomía unilateral

9.5.2. Adrenalectomía bilateral

## **10. CIRUGÍA DE LA MAMA**

### *10.1. Tratamiento de las enfermedades congénitas de la mama*

10.1.1. Extirpación quirúrgica de

10.1.1.1. Politelia

10.1.1.2. Polimastia

### *10.2. Tratamiento de las infecciones de la mama*

10.2.1. Mastitis agudas

10.2.1.3. Drenaje de mastitis bacterianas

10.2.1.4. Drenaje de abscesos mamarios

10.2.2. Mastitis crónicas

10.2.2.1. Cirugía radical de la mastitis crónica subareolar recidivante

10.2.2.2. Cirugía radical de las mastitis crónicas

10.2.2.3. Cirugía radical de las fistulas mamarias

### *10.3. Tratamiento de la patología benigna de la mama*

10.3.1. Displasias mamarias

10.3.1.1. Tratamiento de la mastopatía fibroquística

10.3.2. Tumores benignos

10.3.2.1. Fibroadenoma

10.3.2.2. Phyllodes

10.3.2.3. Fibromas

10.3.2.4. T. por adenosis

10.3.2.5. Papilomas, lipomas, hamartomas, otros.

10.3.3. Gigantomastia

10.3.3.1. Mamoplastia de reducción

### *10.4. Tratamiento del cáncer de mama*

10.4.1. Cirugía de las lesiones mamarias no palpables

10.4.2. Cirugía de las lesiones mamarias palpables

10.4.2.1. Cirugía conservadora

10.4.2.1.1. Cuadrantectomía

10.4.2.1.2. Tumorectomía

- 10.4.2.2. Mastectomía
  - 10.4.2.2.1. Mastectomía subcutánea mas prótesis inmediata simple.
  - 10.4.2.2.2. Mastectomía más estudio de ganglio centinela.
- 10.4.2.2.1. Modificada
  - 10.4.2.2.2. Clásica
  - 10.4.2.2.3. Ampliada
- 10.4.2.3. Linfadenectomía axilar
- 10.5. *Cirugía oncoplástica*
  - 10.5.1. Colocación de expansor
  - 10.5.2. Dorsal ancho
  - 10.5.3. Reconstrucción del complejo areola-pezón
  - 10.5.4. Prótesis definitivas
  - 10.5.5. Colgajos de rotación
  - 10.5.6. *Lipofilling*
  - 10.5.7. Simetrización mamaria contralateral

## **11. CIRUGÍA TORÁCICA**

- 11.1. *Drenaje torácico*
- 11.2. *Toracotomía de emergencia*
- 11.3. *Estemotomía de emergencia*
- 11.4. *Drenaje mediastínico*
- 11.5. *Hiperhidrosis palmoplantar*
  - 11.5.1. Simpectomía torácica por toracoscopia

## **12. CIRUGÍA DEL BAZO**

- 12.1. *Tratamiento Quirúrgico del Hiperesplenismo*
  - 12.1.1. Esplenectomía
- 12.2. *Tratamiento de los Traumatismos del Bazo*
  - 12.2.1. Esplenectomía total o parcial
  - 12.2.2. Espenorrafia

## **13. CIRUGÍA DEL PÁNCREAS**

- 13.1. *Cirugía del hiperinsulinismo*
  - 13.1.1. Enucleación tumoral
  - 13.1.2. Pancreatectomía segmentaria o regional
  - 13.1.3. Duodenopancreatectomía
  - 13.1.4. Pancreatectomía subtotal
  - 13.1.5. Linfadenectomía
  - 13.1.6. Extirpación de tumores extrapancreáticos
- 13.2. *Cirugía del Sd. De Zollinger-Ellison*
  - 13.2.1. Enucleación tumoral
  - 13.2.2. Pancreatectomía segmentario o regional
  - 13.2.3. Duodenopancreatectomía
  - 13.2.4. Pancreatectomía subtotal
  - 13.2.5. Linfadenectomía
  - 13.2.6. Extirpación de tumores extrapancreáticos
  - 13.2.7. Procedimientos sobre estómago (paliativos, de urgencias)
  - 13.2.8. Resección endoscópica local
- 13.3. *Cirugía de los tumores carcinoides*
- 13.4. *Cirugía de los tumores endocrinológicos*

- 13.4.1. Vipoma
  - 13.4.2. Somatostatinoma
  - 13.4.3. Glucagonoma
  - 13.4.4. PP-oma
  - 13.4.5. GRF-oma
  - 13.4.6. Tumores no funcionantes
- 13.5. *Tratamiento de las metástasis hepáticas de tumores endocrinos*
- 13.5.2. Hepatectomía segmentaria
- 13.6. *Laparoscopia de estadificación en adenocarcinoma de páncreas*

## **14. CIRUGÍA DE LAS PARTES BLANDAS**

- 14.1. *Melanoma*
  - 14.1.1. Ampliación de márgenes y ganglio centinela
  - 14.1.2. Plastia local
- 14.2. *Sarcoma*
  - 14.2.1. Exéresis radical

## **4. ACTIVIDAD DOCENTE**

---

### **GUARDIAS**

Los residentes realizarán **4 guardias al mes**. Las guardias serán organizadas por el residente mayor con antelación a la disposición de las guardias de los adjuntos.

Las guardias no podrán cambiarse de día una vez establecidas, salvo causa de fuerza mayor. En su caso, los residentes podrán intercambiar las guardias entre sí.

Todos los cambios deberán ser comunicados al residente mayor y al tutor de residentes, el cual deberá autorizarlos.

El dormitorio de guardia se comparte con los residentes de Traumatología y se encuentra situado en la 5<sup>a</sup> D (589).

### **DORMITORIOS DE GUARDIA**



### **ROTACIONES**

**R1:** Anestesiología y Reanimación/UCI. (2 Meses).

**R2:** Radiodiagnóstico: TAC (1 Mes).

**R3:** Cirugía Pediátrica (2 Meses) Rotación externa  
Cirugía Torácica (2 Meses) Rotación externa

**R4:** Rotación optativa (extranjero): 3 meses

**R5:** Cirugía Vascular (2-3 Meses)

Las competencias a adquirir en cada rotación se especifican en el Anexo I.

### **ROTANTES DE OTRAS ESPECIALIDADES**

En nuestro servicio es habitual que roten residentes de Ginecología y Obstetricia (septiembre-octubre), Urología (3 meses), Dermatología, Medicina de Familia, Aparato Digestivo y residentes de la UCI.

Asimismo, rotan estudiantes de medicina de diferentes años.

## **CURSOS OBLIGATORIOS DE LA ESPECIALIDAD (AEC)**

- R1:** Curso de hernia.  
    Curso básico de laparoscopia
- R2:** Curso de coloproctología.  
    Curso de patología mamaria.
- R3:** Curso de cirugía endocrina.
- R4:** Curso de cirugía esófago-gástrica.
- R5:** Curso de cirugía hepatobiliopancreática.

**Otros:** ATLS (politrauma)

## **SESIONES**

**-Sesiones clínicas de guardia (diarias; 8:15; Torre administrativa).** Exposición y desarrollo de las actividades realizadas en el periodo de guardia del día previo. Exposición de problemas y planteamientos para su resolución por los miembros del servicio.

**-Sesión general del hospital (semanal; 8:15; salón de actos).** Los miércoles se realiza la presentación de un tema relevante por parte de un servicio hospitalario.

**-Sesiones generales del servicio (Jueves; 8:15; sala de reuniones, bloque administrativo).** Discusión de problemas relacionados con el servicio. Presentación de la programación de la semana siguiente.

**-Sesión bibliográfica (Jueves; 8:15; sala de reuniones, bloque administrativo).** Revisión bibliográfica de un tema relevante por parte de residentes y adjuntos, alternándola con sesiones generales.

**-Sesiones del Comité de mama (semanales; 8:15, Sala de reuniones de Anatomía Patológica).** El lunes se lleva a cabo la discusión multidisciplinar de casos relativos a patología oncológica mamaria.

**-Sesiones del Comité de Tumores (semanales; 8 h. Viernes).** Sesiones multidisciplinares donde se discute la evaluación y manejo terapéutico de pacientes con neoplasias digestivas.

## **MEMORIA DE FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO 2010-2011**

### **COMUNICACIONES A CONGRESOS**

***XVI Reunión de la Sección de Patología Mamaria de la AEC. 2ª Reunión de Enfermería en Patología Mamaria. Pamplona 20-21 de Mayo de 2010.***

- Utilidad de un nomograma en la predicción de la afectación axilar en pacientes con micrometástasis en el ganglio centinela.
- Incidencia de micrometástasis y células tumorales aisladas en el ganglio centinela en estadios iniciales del cáncer de mama.
- Puesta en marcha de un programa de cirugía oncoplástica y reconstructiva de mama en un servicio de cirugía general.

***Congreso Nacional de la Asociación Española de Gestión de Riesgos Sanitarios (AEGRIS)  
29 de mayo 2010***

- Taller Checklist quirúrgico “Aspectos prácticos de la Cirugía Segura.”

***V Curso de Cirugía Oncoplástica y Reconstrucción Mamaria. Ciudad Real 7-8 de Octubre de 2010.***

- Tratamiento de los tumores centrales de la mama mediante cuadrantectomía central y reconstrucción con colgajo de rotación inferior.
- Reconstrucción mamaria con expansores tisulares: nuestra experiencia.
- Puesta en marcha de un programa de Cirugía Oncoplástica y Reconstructiva de mama en un servicio de Cirugía General.
- Nuestra experiencia en mastoplastias de reducción por gigantomastia.
- Asistencia endoscópica en la reconstrucción mamaria mediante expansores tisulares.
- Cáncer de mama en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Mastoplastias de reducción contralateral en pacientes intervenidas por cáncer de mama.

***V Curso de cirugía oncoplástica y reconstructiva para cirujanos generales. 7-8 octubre 2010.  
HGUCR.***

- PONENCIA: Puesta en marcha de una unidad de Cirugía Oncoplástica con todas las facilidades.
- Moderación de mesa redonda en cirugía en directo Técnica de Cirugía Conservadora Oncoplástica.
- CONFERENCIA: Seguridad del paciente en cirugía oncoplástica y reconstructiva. Gestión de riesgos, problemas médico-legales, lista de chequeo quirúrgico en cirugía oncoplástica y reconstructiva.
- CIRUGIA EN DIRECTO: Sustitución de expansor por prótesis y reconstrucción de complejo areola pezón.
- PONENCIA: Indicaciones quirúrgicas en el cáncer de mama hereditario.
- CIRUGIA EN DIRECTO. Lipofilling.

**VII ENCUENTRO SOBRE CANCER DE MAMA 16 octubre 2010. Asociación de Mujeres con Cáncer de Mama de Castilla La Mancha**

- Proyecto de Consulta de Enfermería para cáncer de mama”.
- Lipofilling, lipoescultura.

**16th World Congress of the Senologic International Society. 29<sup>th</sup> National Congress of the Spanish Society of Senology and Breast Disease. Valencia 20-22 de Octubre de 2010.**

- Mamoplastia de reducción con la técnica del pedículo superomedial para el tratamiento de la gigantomastia en el Hospital General de Ciudad Real.
- PONENCIA. ROLL para las lesiones no palpables de la mama. Curso Precongreso,
- ¿El Bloqueo paravertebral torácico puede influir en la recurrencia del cáncer de mama después de la cirugía?.

- **XXVIII Congreso Nacional de Cirugía. Madrid, 8 – 11 de Noviembre 2010.**
- Hallazgos no evidenciados preoperatoriamente respecto a invasión y anomalías vasculares mediante el acceso inicial retroperitoneal y disección de la arteria mesentérica superior durante una duodenopancreatectomía cefálica.

- Monitorización del volumen intravascular mediante GEDI (Volumen global telediastólico) respecto a la presión venosa central durante la transección del parénquima hepático.
- Identificación de un fenotipo inmunohistoquímico y de la traslocación cromosómica t (12;22) (q13;q12) en el diagnóstico diferencial del sarcoma de células claras de tejidos blandos.
- Determinación inmunohistoquímica y utilidad pronóstica del receptor del factor de crecimiento epidérmico en los tumores estromales gastrointestinales.
- Aprovechamiento de la CMA en la investigación.
- Indicadores de Calidad en Cirugía Bariátrica. Valoración de la Pérdida de Peso.
- Colangitis esclerosante autoinmune.
- Determinación de los niveles séricos de VEGF y VEGF-C preoperatorios y postoperatorios en el cáncer gástrico.
- Evaluación de un sistema de checklist en una unidad de cirugía mayor ambulatoria.
- Carcinoma de Merkel en paciente con carcinoma epidermoide de pulmón.
- Hemorragia digestiva secundaria a lipoma duodenal.
- Mamoplastia de reducción con patrón de Wise y pedículo superomedial en el tratamiento de la gigantomastia sintomática. Experiencia en el Hospital General de Ciudad Real.
- Abdomen agudo por angiomielipoma hepático: diagnóstico y alternativas terapéuticas.
- Hernia paraduodenal izquierda: papel de la laparoscopia diagnóstica y terapéutica.
- Puesta en marcha de un programa de cirugía oncoplástica y reconstructiva de mama en un servicio de cirugía general.

#### **I Reunión Nacional de la sección de Cirugía Endocrina de la AEC. Barcelona, abril 2011.**

- Técnicas de apoyo intraoperatorio
- Sesión de videos: como lo hago.

#### **5<sup>a</sup> Reunión Acircam. Valdepeñas, abril 2011.**

- Proyecto de consenso para la prevención de eventraciones en el cierre de laparotomías.
- Extirpación de pólipos rectales con TEM.
- Manejo del politrauma.

#### **XVII Reunión Nacional de la Sección de patología Mamaria de la AEC**

- Tumor phyllodes maligno mamario: presentación de un caso.
- Tratamiento quirúrgico ambulatorio del cáncer de mama: nuestra experiencia.

#### **XII Congreso de la ASAC. Málaga 2011**

- Mamoplastia de reducción en régimen de corta estancia para el tratamiento de la gigantomastia sintomática.
- Puesta en marcha de un programa de cirugía oncoplástica y reconstructiva de mama en un Servicio de Cirugía general.

#### **XVII Reunión de la Sociedad de Patología Mamaria. Vigo, 2011**

- Tratamiento quirúrgico ambulatorio del cáncer de mama: Nuestra experiencia
- Mastectomia en “S” para reducción de riesgo contralateral en pacientes con alto riesgo de cáncer hereditario.
- Mastopexia en ptosis extrema postcirugía bariátrica.
- Reconstrucción del complejo areola-pezón mediante técnica “SKATE”.
- Tumor Phyllodes Maligno Mamario: Presentación de un caso.

## **XVIII Reunión Nacional de Cirugía.**

- Mastectomía profiláctica contra lateral en pacientes con cáncer de mama pertenecientes a familias de alto riesgo de cáncer hereditario.
- Reconstrucción del complejo areolapezón mediante técnica “skate”.
- Reparación laparoscópica de una hernia paraduodenal.
- Colecistectomía por puerto único mediante dispositivo less en paciente con hernia umbilical.
- Paratiroidectomía mínimamente invasiva (abordaje selectivo con anestesia loco-regional).
- Abordaje laparoscópico de fistula anastomótica tras bypass Gástrico.
- Neumoperitoneo a tensión como consecuencia de barotrauma Angiomiofibroblastoma de fosa isquiorectal derecha.
- Reconstrucción mamaria con expansores tisulares: nuestra experiencia.
- Linfangioma quístico mesentérico: descripción de un caso.
- Reconstrucción del complejo areola-pezón: nuestra experiencia.
- Neoadyuvancia y cirugía conservadora en el cáncer de mama nuestra experiencia con la reconstrucción mamaria mediante colgajo miocutáneo del músculo latissimus dorsi.
- Angiosarcoma primario de mama y carcinoma papilar de tiroides sincrónicos: presentación de un caso.
- Mastopexia en ptosis extrema postcirugía bariátrica.
- Eficacia de una lista de chequeo quirúrgico en la disminución de incidentes adversos en un servicio de cirugía general.

- Sarcomas retroperitoneales: nuestra experiencia en 12 años.
- Cirugía ambulatoria en el cáncer de mama: nuestra experiencia.
- Tumor carcinoide de intestino delgado: presentación de un caso.

## **PUBLICACIONES**

- Colangitis esclerosante autoinmune tras cirugía hepatobilioductal. Padilla D, Menéndez P, Villarejo P, Cubo T, Martín J. ACEPTADO PUBLICACIÓN. Cirugía Española, 2010.
- Biological behavior due to cell proliferation markers of gastrointestinal stromal tumors. Menéndez P, Padilla D, Cubo T, Villarejo P, Gambí D, Menéndez JM, Colina F, García M, Lora D, Martín J. ACEPTADO PUBLICACIÓN. Hepato-Gastroenterology, 2010.
- Tromboflebitis séptica de la vena porta secundario a colecistitis aguda. Menéndez Sánchez P, Gambí Pisonero D, Villarejo Campos P, Padilla Valverde D, Martín Fernández J. Cirugía y Cirujanos. 2010; 78(5):439-441.
- Aspectos históricos de las enfermedades neoplásicas: El cáncer colorrectal. Gastroenterología y Hepatología. 2010; 33(7):541-546.
- Recidiva de linfangiomas quísticos retroperitoneales con dificultad para la exérésis quirúrgica ¿Existen otras alternativas terapéuticas? Actas Urológicas Españolas. 2010; 34 (9):825-826.
- Angiomiofibroblastoma de fosa isquiorectal derecha. Cirugía y Cirujanos. 2010; 78(5):448-450.
- Colecistectomía laparoscópica de puerto único en un programa de CMA. Cirugía Española. 2010; 88(5):328-331.

- Lesiones vasculares del cuello.

Angiología. 2010; 62(4):150-156.

- “Mucosal Tonometry As Warning Index Of Early Gastrojejunal Leakin Laparoscopic Roux-En-Y Gastric Bypass”. (en prensa)
- “Eficacia de una lista de chequeo quirúrgico en la disminución de incidentes adversos en pacientes intervenidos quirúrgicamente en un servicio de cirugía general”.

AEGRIS Volumen 1-Nº 3, Junio 2011

- Obstrucción intestinal tardía como consecuencia de una hernia diafragmática post-traumática”, Cirugía y Cirujanos,2012; Vol. 80
- MicroRNA-21 colorectal cancer. Spanish Journal of Surgical Research. 2011; 2:115-20.
- Biological behavior due to cell proliferation markers of gastrointestinal stromal tumors. Hepatogastroenterology 2011;58:1-6
- Gliomatosis peritoneal, recidiva, tratamiento y seguimiento”, Cirugía y Cirujanos 2011 Vol. 79 No. 2 (marzo-abril).
- Infección quirúrgica de larga evolución concomitante a tratamiento antineoplásico. Heridas y cicatrización (H&C) ,2011.
- Does bariatric surgery decrease the gastric cancer risk?

Hepatogastroenterology 2011.

- ¿Es justificable el reintegro del gasto en enfermos quirúrgicos testigos de Jehová tras asistencia sanitaria ajena al sistema público de salud? En prensa, Cir. Esp.

- Impact of radioguided occult lesion localization on the correct excision of malignant breast lesions; effect of histology and tumor size.

## **ASISTENCIA A CURSOS**

- “V Master en Dirección Médica y Gestión Clínica”, (UNED) 2007-2009.
- CURSO DE CIRUGIA ONCOPLASTICA Y REPARADORA. COMPLEJO HOSPITALARIO JUAN CANALEJO. 9 – 13 MARZO 2009.
- I JORNADAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SESCAM. Talavera de la Reina 11,12 de mayo 2009.
- DIPLOMA DE BIOETICA PARA CASTILLA LA MANCHA ORGANIZADO POR EL INSTITUTO CARLOS III. ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD. MADRID. 2009
- II ENCONTRO NACIONAL DOS PROFISSIONAIS DE SAUDE OCUPACIONAL E GESTAO DE RISCO EM ESTABELECIMENTOS DE SAUDE. Oporto 28-29 MAYO 2009
- VIII Encuentro sobre Cáncer de Mama. ASOCIACIÓN DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA. 16 octubre 2009 Ciudad Real.
- V MASTER DE DERECHO SANITARIO. FACULTAD DE DERECHO DE ALBACETE. UNIVERSIDAD DE CASTILLA -LA MANCHA. NOVIEMBRE 2009

- V JORNADA TÉCNICA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS. Agencia Lain Entralgo. Madrid 10 de noviembre 2009.
- CURSO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA. Milán 9-12 diciembre 2009.
- CURSO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. HGCR 15 – 17 DICIEMBRE 2009.
- Curso de Formación de Formadores. IFI, Ciudad Real 2-5 Noviembre 2009.
- X Curso de Actualización en Cirugía. 26,27 de Noviembre 2009. Talavera de la Reina. (2,9 créditos)

## **ORGANIZACIÓN DE CURSOS**

- Curso de Cirugía laparoscópica para residentes. Abril, 2010.
- Curso de Cirugía Mamaria y Oncoplástica para residentes. Junio, 2010.
- Curso de Cirugía Oncoplástica. Octubre, 2010.

## **BECAS**

- Becas de ayuda para actividades formativas de larga duración (Instituto de Ciencias de la Salud), para el desarrollo del MÁSTER EN DIRECCIÓN MÉDICA Y GESTIÓN CLÍNICA.
- Becas concedidas a cirujanos miembros del Servicio, por la Fundación Mutua Madrileña Investigación Médica para la realización del XXXII Curso Internacional de Actualización en Cirugía. Avances en Cirugía General y del Aparato Digestivo. Madrid. 25 – 30 de Mayo de 2009.
- Beca concedida por la Fundación Mutua Madrileña Investigación Médica en la VI Convocatoria para la Ampliación de Estudios en el Extranjero, con la

beca Tratamiento y manejo del paciente politraumatizado en un hospital especializado. Resuelta en Madrid el 26 de Junio de 2009.

- Ayuda concedida por la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla La Mancha (FISCAM) en la VII Convocatoria de Ayudas Complementarias para Acudir a Actividades Formativas de Corta Duración. Resuelta en Toledo el 26 de Septiembre de 2009.
- Beca de ayuda concedida por el FISCAM para el estudio de investigación “Identificación y modificación de factores pronósticos y de riesgo perioperatorios”. Resolución FISCAM de 24 de noviembre de 2009. Expediente EQ-2009/12.
- BECA otorgada por la Fundación Horizonte XXII de Caja Rural promovida por la Asociación de Mujeres con Cáncer de Mama de Castilla La Mancha (AMUMA) titulada “Estudio de las causas de retraso diagnóstico en el Cáncer de Mama en la provincia de Ciudad Real”.
- BECA finalista del Ministerio de Sanidad y Consumo para el estudio de Incidentes Adversos en el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital General de Ciudad Real.
- BECA finalista del Ministerio de Sanidad y Consumo para un estudio piloto de la Implantación de un Sistema de Lista de Chequeo Quirúrgico en los Servicios de Cirugía, Ginecología y Urología del Hospital General de Ciudad Real.

## **DOCENCIA PREGRADO**

- Asignatura Anatomía Humana 1º y 2º de Grado de Medicina, Facultad de Medicina de Ciudad Real desde 2010.

- Colaboración con el Departamento de Medicina de la Facultad de Medicina de Córdoba. Curso académico 2007-2008.

- Curso de Soporte Vital Avanzado en el Politraumatizado. HGCR

- Tutorización del Trabajo Fin de Máster “Lista de chequeo en pacientes quirúrgicos”. Universidad de Córdoba.

- Alumnos en Prácticas:

Alumnos de tercer y cuarto curso de la Universidad de Medicina de Ciudad Real.

## **TESIS DOCTORALES EN DESARROLLO**

-“ESTRATEGIAS PARA OPTIMIZAR LOS RESULTADOS DE LA CIRUGÍA ELECTIVA DEL CÁNCER COLORRECTAL: INMUNONUTRICIÓN ORAL PREOPERATORIA EN AUSENCIA DE PREPARACIÓN MECÁNICA DEL COLON”

M<sup>a</sup> Carmen Manzanares Campillo, FEA. Universidad Cantabria.

-“QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL CERRADA CON PACLITAXEL EN EL TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS OVÁRICA”.

Susana Sánchez García, MIR 3º año. Universidad Castilla La Mancha.

## **TESIS DOCTORALES REALIZADAS**

-CODIRECCIÓN DE LA TESIS DOCTORAL “EFECTIVIDAD DE LA INMUNONUTRICIÓN ORAL PREOPERATORIA EN PACIENTE ONCOLÓGICO PROGRAMADO PARA CIRUGÍA MAYOR DEL TRACTO GASTROINTESTINAL”, junto con el Prof. Daniel Casanova Rituerto catedrático de la Universidad de Cantabria, que fue leída el 2 de julio de 2010 en la Facultad de Medicina de Santander por la Dra. María Madrazo Delgado y obtuvo la calificación de sobresaliente “cum laude” por unanimidad del tribunal.

-“EVALUACIÓN DE LA DETERMINACIÓN SÉRICA DE VEGF Y VEGF-C EN RELACIÓN A LA PREDICCIÓN DE LA RECIDIVA Y MORTALIDAD EN ENFERMOS CION CÁNCER GÁSTRICO “.Dr. Pedro Villarejo Campos. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina de Málaga, Universidad de Málaga, 2011.

## **CAPÍTULOS DE LIBROS**

-En: Manual de Urgencias. Espinosa Arranz J, Bertos Polo JJ (ed.).

Ediciones Aula Médica. Madrid. 2010.

ISBN: 978-84-7885-514-8.:

- Abdomen agudo. Principales patologías quirúrgicas de urgencia.
- Neumotórax.
- Traumatismo abdominal y lesión de órganos sólidos.
- Obstrucción intestinal.
- Urgencias proctológicas.
- Abscesos de partes blandas.
- Hematuria.

-Fascitis necrosante tardía tras cirugía de cáncer colorrectal. Revisión de la literatura.

En: Archivos Clínico-Quirúrgicos de Cirugía. N°1.

GlaxoSmithKline. Madrid. 2010.

ISBN: 978-84-693-3613-7.

-La seguridad del paciente

En: Manual de Calidad Asistencial

### **PREMIOS**

-Premio al Mejor Póster en la XVI Reunión de la Sección de Patología Mamaria de la AEC, 2<sup>a</sup> Reunión de Enfermería en Patología Mamaria (Pamplona. Mayo 2010), por la comunicación “Utilidad de un nomograma en la predicción de la afectación axilar en pacientes con micrometástasis en el ganglio centinela”. Pamplona, 21 de Mayo de 2010.

-Premio a la mejor Comunicación Científica en el ámbito de la Medicina, presentadas a congresos por especialistas en formación del Hospital General de Ciudad Real, convocatoria 2010, por el estudio titulado “Angiogénesis y linfangiogénesis en cáncer gástrico” presentado en la XXI Reunión Nacional del Capítulo Español de la ISDE (Madrid, Abril 2009). Ciudad Real, 30 de Junio de 2010.

-Premio al mejor Póster en el V Curso de Cirugía Oncoplástica y Reconstrucción Mamaria (Ciudad Real. Octubre 2010) por la comunicación “Tratamiento de los tumores centrales de la mama mediante cuadrantectomía central y reconstrucción con colgajo de rotación inferior”. Ciudad Real, 8 de Octubre de 2010.

### **OTROS**

- **Miembro de Comité Científico. XIII CONGRESO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE GESTION DE RIESGOS SANITARIOS.** Santander 27-29 de mayo 2010.
- **Director del Encuentro. IX ENCUENTRO SOBRE CANCER DE MAMA EN CIUDAD REAL.** Asociación de Mujeres con Cáncer de Mama de Castilla La Mancha. Ciudad Real 15 octubre 2010.
- **ACTUALIZACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TUMORES GIST.** Hospital General de Ciudad real,2010
  - Cirugía del GIST gástrico, intestinal localizado.

- Cirugía del GIST avanzado: metástasis hepáticas, carcinomatosis peritoneal.
  
- **MESA DE LA SEOQ. PONENCIA. Neoadyuvancia en tumores sólidos: paradigmas actuales en el carcinoma de mama.**
  
- **23 ANNUAL CONGRESS INTENSIVE CARE MEDICINE. Barcelona 2010.**
  - Volume assesment in patients during liver major resections:a comparison of global end-diastolic volume,central venous pressure and their correlation to cardiac index and extravascular lung water index.
  
- **JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.**  
Complejo Hospitalario de Toledo. 25 noviembre 2010
  - Riesgos en CMA.
  
- **8 SIMPOSIO CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.** 20-23 Octubre 2010,  
Cádiz.
  - Mesa redonda: Avances en Cirugía de Tiroides y Paratiroides. Cómo conseguir ambulatorizar los pacientes con patología de paratiroides (localización preoperatoria de la lesión, abordaje unilateral con anestesia local, determinación de PTHi intraoperatoria).
  
  - Mesa redonda: Resultados y complicaciones de la CMA. ¿Hay evidencias de que la CMA mejora la morbimortalidad?
  
- **28 CONGRESO NACIONAL DE CIRUGÍA.** Madrid. 8-11 Noviembre, 2010.
  - Mesa redonda: Cáncer de mama y CMA.
  - Moderación de mesa redonda. Cirugía laparoscópica por puerto único.

- **XI CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA.** 26, 27 de Noviembre 2010, Talavera de la Reina.
  - Ponencia: Gastrectomía Mínimamente Invasiva.
  - Ponencia en la sesión clínica general del HGUCR. 3 de marzo 2010. “Sistema de notificación de Incidentes Adversos, (SINASP)”.
  
- **“CURSO BÁSICO DE FORMACIÓN EN CIRUGÍA ENDOSCÓPICA PARA MIR”** Asociación Española de Cirujanos.
  
- **“II CURSO DE FORMACION EN PATOLOGIA MAMARIA”** AEC. 1-3 DE JUNIO 2010.
  
- **V CURSO DE CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA Y RECONSTRUCCIÓN MAMARIA.** Ciudad Real 7-8 de Octubre de 2010.
  
- **VII MASTER EN DERECHO SANITARIO Y BIOETICA.**  
**Módulo II. GESTION DE SERVICIOS SANITARIOS.** 25 de noviembre 2010.
  - Unidades Hospitalarias de Gestión de Riesgos Clínicos (4 horas).
  
- **II JORNADAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.** Consejería de Salud y Bienestar Social. JCCM. Escuela de Salud Pública. Talavera de la Reina. 10-11 de junio 2010.
  - “Checklist en el área quirúrgica”.

● **CURSO DE CALIDAD DEL SESCAM. MÓDULO VI:  
CALIDAD Y EVALUACIÓN DE SERVICIOS.** 13 al 17 de diciembre de 2010.  
Escuela de Salud Pública Talavera de la Reina.

- UNIDAD IV: Seguridad del paciente y gestión de riesgos.
- La seguridad de los pacientes.
- Los errores evitables en la práctica clínica.
- Metodología de gestión de riesgos: FA, FMA. Otras herramientas y técnicas.
- Proyecto Cirugía segura.

● **DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE LA  
PREVENCIÓN DE LA EVENTRACIÓN EN EL CIERRE DE LA  
LAPAROTOMÍA.**

- Participación en el Grupo de Lideres de programa de CMA de Castilla La Mancha responsable del grupo de seguridad del paciente. 2011.
- Participación en Master de Seguridad del Paciente. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2011.
- Participación en el Comité editorial del Boletín Electrónico “Apuntes de ciencia” del Hospital General Universitario de Ciudad Real. 2011.
- Participación en el Curso de Formación de residentes en patología mamaria. Hospital Clínico Las Palmas de Gran Canarias. 2011.

- Curso de Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente. Febrero SESCAM. Toledo. 2011.
- Participación en el libro de “Protocolos en Oncología”. Hospital General Universitario Ciudad Real. 2011.
- Medalla de Honor del XIV Congreso de la Asociación Española de Gestión de Riesgos Sanitarios (AEGRIS). 2011.

## **BIBLIOTECA**

### **-Horario y personal:**

La biblioteca tiene un horario ininterrumpido de 8:00h. A 20:00

-Responsable biblioteca médica (8:00-15:00h)

María Palop Valverde ([mdpalop@sescam.org](mailto:mdpalop@sescam.org))

-Bibliotecario (13:00-20:00)

Ángel Pozuelo Reina ([apozuelo@sescam.jccm.es](mailto:apozuelo@sescam.jccm.es))

## **REVISTAS DE CGD ACTUALES**

ISSN papel	ISSN electrónico	Título	Fondos_papel
0002-9610		AMERICAN JOURNAL OF SURGERY, THE	1985-88(1989)1990(1991)1992-2004(2005)2006-
0147-5185	1532-0979	AMERICAN JOURNAL OF SURGICAL PATHOLOGY, THE	2005-
0003-4932	1528-1140	ANNALS OF SURGERY	1985-97(1998)1999-2003(2004)2005-

0186-0216		CLINICAS QUIRURGICAS DE NORTEAMERICA	1970-71(1972-73)1974(1975)1976(1977-80)1981(1982-90)1991-97,1999-
0012-3706	1530-0358	DISEASES OF THE COLON AND RECTUM	1976-84(1985)1986-87(1988)1989-90,1992(1993)1994-2002(2003-04)2005-
1072-7515		JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS	1994-96(1997)1998-2000(2001)2002-03,2005-
0960-8923		OBESITY SURGERY	2002(2003-04)2005-
0039-6060		SURGERY	(1970)1971-79(1980)1981(1982-83)1984-85(1986-87)1988-97,1999-2003(2004)2005-
0930-2794	1432-2218	SURGICAL ENDOSCOPY	1999,2001-03,2005-
1530-4515	1534-4908	SURGICAL LAPAROSCOPY ENDOSCOPY AND PERCUTANEOUS TECHNIQUES	(1999)2000-03,2005-
0364-2313	1432-2323	WORLD JOURNAL OF SURGERY	1991-2003,2005-

## LIBROS DE CGD

### -Cirugía General

-*Oxford textbook of surgery* / Morris And Malt.-NewYork: oxford University Press; 1994 (Vol I y II).

-*Anales de la Academia médico-quirúrgica española*/ Madrid: Liade.

-*Principles of Surgery* / Schwartz, Shires, Spencer.- 6<sup>a</sup> ed. -New York: Mc GrawHill; 1994. (Vol I y II).

-*El dominio de la cirugía* /Nyhus, Baker, Fischer.- 3<sup>a</sup> ed.- Bogotá: Panamericana; 1999. (Vol I y II).

-*Medical management of surgical patient*/ Libin, Walder, Smith.-3<sup>a</sup> ed.- Philadelphia: Lippincott; 1992.

-*Actualización en cirugía del aparato digestivo* / E Moreno González.- JARPYO: Madrid; 1990.

### -Cirugía de la mama

-*Oncoplastic and reconstructive surgery of the breast*/ [editado por] Guidubaldo Querci della Rovere; Jonh R Benson; Nicholas Breach ; Maurizio Nava.- Londres: Taylor & Francis; 2006

Contiene: 2 DVD

CDU 617. 5:611.69 / QUE / ONC

R. 091

-*La mama: Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas* /Bland, Copeland III.- Bogotá; Panamericana; 1993.

### -Cirugía colorrectal

-Gordon

**-Cirugía hepatobilio-pancreática**

-*Cirugía del hígado y de las vías biliares* /Blumgart.- Bogotá: Panamericana; 1990.  
(Vol I y II).

-*Surgery of the liver biliary tract and pancreas*/ [editado por] Leslie H Blumgart.-4º ed.  
Philadelphia: Saunder-Elsevier; 2006

Contiene: CD

CDU 617.5 : 611.37-38 / BLU / SUR (I)

CDU 617.5 : 611.37-38 / BLU / SUR (II)

CDU 617.5 : 611.37-38 / BLU / SUR (CD)

R.092

**-Gestión en cirugía**

-*Estrategias para mejora de la eficiencia en procesos quirúrgicos*.- Madrid: MC  
Gestion Sanitaria; 2007

CDU 65: 617-089 /EST/ EST

R.100

**-Cirugía plástica**

-*Aesthetic surgery of the abdominal wall* / [editado por] Melvin A. Shiffman; Sid  
Mirrafati.-Berlin: Springer; C.2005

CDU 617.5: 611, 95 /SHI /AES

R. 093

-*Current therapy in plastic surgery* / [editado por] Joseph G. McCathy ; Robert D  
Galiano ; Sean G. Boutros :-Philadelphia :Saunders-Elservier ; C. 2006.

**-Cirugía bariátrica**

-*Evaluación de las técnicas de cirugía bariátrica en el tratamiento de la obesidad  
mórbida.*( Informes públicos de evaluación 2001-2006). Xunta de Galicia.

## **RELACIÓN DE CDs DE CGD**

-British Journal Surgery 1996, 1997, 1998, 1999, 2000.

## **5. EN RESUMEN**

---

El servicio de Cirugía General consta de un jefe de servicio,  
dos jefes de sección, trece adjuntos y cinco residentes.

Está ubicado en la planta tercera A del Hospital General de Ciudad Real. Tiene asignadas 32 camas de hospitalización y 11 en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Lleva a cabo una actividad asistencial intensa con una media de 15 quirófanos semanales (14 de mañanas y 3 de tardes). Se atiende una media de 15 consultas a la semana entre cirugía general, especializada, unidad de mama, cirugía oncoplástica, cirugía bariátrica y consejo genético. A ello hay que sumar la cirugía de urgencia llevada a cabo por el equipo de guardia (2 adjuntos y un residente) y las interconsultas urgentes y diferidas solicitadas por otros servicios del hospital.

La cartera de servicios es muy amplia e incluye toda la patología atribuible a la especialidad a excepción del trasplante hepático.

Es uno de los centros nacionales seleccionados para la realización de los cursos de formación básica en cirugía laparoscópica, dirigidos a residentes de primer y segundo año. También para la formación en Patología Mamaria, y cirugía Endocrina dirigido a MIR de 4-5 años y especialistas.

En nuestro servicio los residentes realizan 4 guardias al mes y el reparto de guardias se realiza por los propios residentes. Anualmente se posibilita la asistencia a congresos y cursos de formación. La opción de realizar la suficiencia investigadora (máster) será facilitada por el servicio. Actualmente hay en marcha dos proyectos de tesis (Repercusión de la inmunonutrición en pacientes con cáncer colorrectal sometidos a cirugía programada y Quimiohipertermia intraoperatorioa en pacientes con cáncer de ovario) y un estudio sobre el retraso diagnóstico en el cáncer de mama.

## **6. ITINERARIO DOCENTE MIR**

---

En nuestro servicio no se realizan rotaciones internas, dado que no se encuentra estructurado en secciones.

## **7. ¿CÓMO CONTACTAR CON EL SERVICIO?**

---

El tutor de residentes es el Dr. Jesús Martín y la Dra. Aurora Gil es la co-tutora y se puede contactar con ellos a través de la secretaría del servicio (Gema: Teléfono: 926-278000; Extensión 79784) o mediante correo electrónico: [jesusmartinff@wanadoo.es](mailto:jesusmartinff@wanadoo.es).

## **8. ANEXO I**

---

### **PROGRAMA FORMATIVO DE LA ESPECIALIDAD (BOE 8 MAYO 2007. N° 110)**

1. *Denominación oficial de la especialidad y requisitos de la titulación Cirugía General y del Aparato Digestivo.*  
Duración: 5 años.

Licenciatura previa: Medicina.

## **2. Introducción.**

Por Resolución de 15 de julio de 1986, la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia, aprobó el primer programa para la formación de especialistas en Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGAD), que había redactado la recién formada Comisión Nacional, fruto de la fusión de dos comisiones previas, la de Cirugía General y la de Cirugía del Aparato Digestivo. Posteriormente, se efectuaron modificaciones que fueron aprobadas por la mencionada Secretaría de Estado con fecha 25 de abril de 1996. Corresponde ahora realizar una actualización de dicho programa, tanto por decisión del Pleno del Consejo General de Especialidades Médicas, como de la propia Comisión Nacional de la Especialidad.

La Cirugía General y del Aparato Digestivo (en adelante CGAD), denominada en los restantes países miembros de la Unión Europea simplemente Cirugía General, es una especialidad quirúrgica consolidada en la que hay que analizar los niveles de complejidad asistencial, el papel de la investigación y los procedimientos de enseñanza y formación continuada. Entre los hechos que justifican la actual revisión del programa formativo de CGAD cabe citar los siguientes:

En primer lugar, el espectro epidemiológico del que se venía ocupando esta especialidad se ha modificado considerablemente, reduciéndose en unas áreas, al aparecer alternativas terapéuticas tan eficaces como la cirugía y menos cruentas (enfermedad por reflujo gastro-esofágico, úlcera péptica duodenal no complicada, etc.), y ampliándose en otras (trasplante de órganos, cirugía de la obesidad mórbida, etc.). En efecto la eclosión de los trasplantes de órganos obliga a todos los especialistas en CGAD al conocimiento de su inmunobiología, así como a la detección y mantenimiento de los potenciales donantes de órganos, independientemente del nivel de su hospital futuro.

En segundo lugar, se ha puesto de manifiesto que la dedicación especial a campos concretos mejora extraordinariamente los resultados de la cirugía, lo que ha propiciado el desarrollo de áreas de capacitación o de especial interés dentro del contexto de la especialidad de CGAD:

Cirugía Esófago-Gástrica, Cirugía Colorrectal, Cirugía Endocrina y de la Mama y Cirugía Hepatobiliopancreática. En estas áreas, el cirujano, ante determinadas patologías (cáncer de esófago, cáncer de páncreas, trasplante hepático, etc.) forma parte de un equipo multidisciplinar trabajando en estrecho contacto con otros especialistas no quirúrgicos (gastroenterólogos, radiólogos, patólogos, etc...).

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

Por último, es fundamental que el futuro especialista en CGAD se forme en: metodología de la investigación clínica; gestión clínica, (en una era de recursos limitados); en el conocimiento de herramientas que influyen directamente sobre la calidad de la asistencia, (como la cirugía mayor ambulatoria –CMA– o de corta estancia –CE–); y en bioética, que ayudarán al profesional a enfrentarse a la progresiva judicialización de la asistencia médica.

## **3. Definición de la especialidad y sus competencias**

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 Vascular, Cirugía Torácica, Urología, Neurocirugía, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Pediátrica y Cirugía Plástica), en los que el cirujano general debe poseer la competencia necesaria y asumir la responsabilidad 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 ó 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.

La atención a estas tres vertientes de la especialidad aproxima el aprendizaje de la CGAD a los contenidos del syllabus de la «Division of General Surgery associated with the UEMS Section of Surgery» y del «European Board of Surgery».

#### **4. Objetivos generales de la formación**

El **primer objetivo** ha de ser la consecución de los conocimientos, habilidades y actitudes que capacitan a un profesional para cumplir, de manera competente y responsable, las funciones que corresponden primariamente a la CGAD, tanto en relación con problemas quirúrgicos electivos como urgentes y tanto en el ámbito de un hospital comarcal o de área como en un hospital de referencia. Debe entenderse que este primer objetivo ha de formar profesionales con capacidad para desarrollar dos perfiles asistenciales diferentes, relacionados con el hospital donde vayan a ejercer su función. En un hospital comarcal o de área, el profesional deberá responder al perfil de cirujano general en sentido estricto, con capacidad para asistir problemas urgentes de otras especialidades. En cambio, en un hospital de referencia, la responsabilidad de este especialista se centra en sus actividades como cirujano del aparato digestivo, endocrino y mama.

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

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

#### **5. Desarrollo de la investigación en la especialidad**

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

La formación en investigación no debe realizarse, en principio, lejos de la clínica. Parece más apropiado que el residente se familiarice con lo que representa la investigación clínica desde el inicio de su formación para, a continuación, vivir día a día la práctica clínica con una mentalidad investigadora. Este proceso educacional no puede adquirirse sino en un ambiente profesional que sea ejemplar en este sentido. Por ello, debe tenerse en cuenta la actividad científica contrastada como un criterio básico para acreditar las unidades docentes. Así, el especialista en formación, al entrar a formar parte de estos grupos de trabajo, irá adquiriendo una mentalidad investigadora y aprenderá a ver motivos de investigación o innovación donde otros sólo ven rutina.

**La formación en investigación requiere:**

- A. La acreditación de la docencia únicamente a unidades con actividad investigadora demostrada y un nivel de producción científica suficientemente contrastado.
- B. La realización de un curso o seminario sobre Metodología de la Investigación clínica en los primeros meses de la residencia, que se complementará con otro curso sobre Formas de Producción Científica en el segundo año. Los aspectos que debe incluir el curso se especifican en el apartado 6.1 de este programa
- Al finalizar el periodo de residencia el residente debe estar en condiciones de redactar una nota clínica, presentar una comunicación a un congreso y valorar con sentido crítico una publicación científica.
- C. La rotación durante 2-3 meses, por centros nacionales o extranjeros con acreditada capacidad para la investigación clínica, así como una rotación opcional durante periodos de tiempo variables por centros de experimentación animal o laboratorios de investigación básica. El residente debe aprender que en ocasiones los problemas que surgen en la cabecera del enfermo requieren para su solución modificar la realidad natural en centros de experimentación animal o utilizar sofisticadas técnicas de laboratorio ubicadas en otros departamentos del hospital o en centros de investigación básica.

**6. Contenido del programa: Conocimientos transversales en el ámbito de las especialidades médicas**

**6.1 Conocimientos en metodología de la investigación:**

El conocimiento científico. Tipos de investigación.

Clasificación de estudios clásicos.

Causalidad.

Aspectos generales de la medición.

Casos y series de casos. Estudios ecológicos y transversales.

Estudios de Casos y Controles.

Estudios de Cohorte y diseños híbridos.

Ensayos Clínicos.

Medidas de frecuencia de la enfermedad. Medidas de impacto/efecto.

Conceptos avanzados sobre sesgo, confusión e interacción.

Evaluación de las técnicas y procedimientos diagnósticos.

Revisiones sistemáticas y metaanálisis.

Desarrollo de un protocolo de investigación (incluyendo tesis doctoral).

Cómo se comunican los resultados de un trabajo de investigación.

Cómo se prepara y se presenta un proyecto de investigación que pretenda ser financiado.

Aspectos básicos de estadística inferencial.

Aspectos básicos de estadística descriptiva.

Conceptos básicos sobre evaluación económica.

Conceptos básicos sobre investigación sobre el sistema de salud.

Los métodos cualitativos en la investigación biomédica.

Ética e investigación (clínica y experimental).

Principios de informática a nivel usuario.

Acceso a la información científica.

### **6.2 Conocimientos de bioética:**

Cambios en la profesión. Objetivos, deberes y responsabilidad. El cuidado. Beneficiencia y no maleficencia. La confianza en cirugía.

Derechos de los pacientes. Expectativas y límites. Equidad y priorización.

El respeto a la autonomía personal. Modelos de relación clínica.

Consentimiento informado. La no aceptación. La urgencia. El CI escrito y circuitos.

Técnicas de comunicación. Información personalizada. La familia. El equipo y la información.

Capacidad de decisión del paciente. Decisiones por representación.

Directrices previas. Sedación y limitación de tratamiento.

Conflictos éticos. Estudio de casos y metodología de deliberación.

Confidencialidad. La historia clínica.

### **6.3 Conocimientos de gestión clínica y calidad asistencial:**

Importancia de la gestión clínica como forma de asumir las decisiones de utilización de recursos por parte de los profesionales.

Indicadores asistenciales.

La gestión de procesos asistenciales. Importancia de la protocolización de procesos en vías clínicas (clinical pathway), el papel de los sistemas de información clínica y de los sistemas de clasificación de pacientes (GRDs).

El plan de calidad de un servicio clínico. Las comisiones clínicas. El Modelo Europeo de Excelencia para la gestión de la calidad total (European Foundation Quality Management).

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

La adquisición de los conocimientos citados en los apartados anteriores se adquirirá a través de cursos/seminarios durante el primer año de la especialidad (anexo I a este programa).

## **7. Contenidos específicos de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo**

### **7.1 Fundamentos biológicos y técnicos de la cirugía:**

#### *Principios de la técnica quirúrgica:*

Asepsia y antisepsia.

Diéresis, exérésis y síntesis.

Anestesia.

Hemostasia.

Drenajes.

#### *Bases de la cirugía endoscópica:*

Fundamentos técnicos básicos.

Indicaciones y contraindicaciones.

Abordajes.

#### *Proceso biológico de la curación de las lesiones traumáticas:*

Inflamación.

Cicatrización.

#### *La respuesta biológica a la agresión, accidental o quirúrgica:*

Respuestas homeostáticas a la agresión.

Mediadores de la respuesta.

Alteraciones endocrinas y consecuencias metabólicas.

#### *Desviaciones de la respuesta biológica a la agresión:*

Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

Shock.

Alteraciones hidroelectrolíticas y del equilibrio ácido-base.

Bases de fluidoterapia.

Insuficiencia respiratoria.

Insuficiencia renal aguda.

Fracaso multiorgánico.

#### *Valoración preoperatoria del paciente:*

Valoración del riesgo quirúrgico y anestésico.

Valoración y manejo nutricional.

Valoración de la co-morbilidad.

*Cuidados intensivos en el paciente quirúrgico:*

Analgesia y sedación.  
Cuidados respiratorios.  
Cuidados cardiovasculares.  
Cuidados metabólicos y nutricionales.  
Tromboembolismo pulmonar.

*Infecciones en cirugía y cirugía de las infecciones:*

Fisiopatología de las infecciones en el paciente quirúrgico.  
Prevención y tratamiento antibiótico.  
Complicaciones infecciosas de la cirugía.  
Infecciones no quirúrgicas en pacientes quirúrgicos: sepsis por catéter, neumonía postoperatoria e infección urinaria.

*Nutrición y cirugía:*

Requerimientos nutricionales.  
Valoración nutricional.  
Consecuencias de la malnutrición en el paciente quirúrgico.  
Técnicas de soporte nutricional: accesos parenteral y enteral.

Bases biológicas y técnicas de los trasplantes de órganos:  
Concepto de muerte cerebral.  
Identificación y mantenimiento del donante.  
Preservación del injerto.  
Tipos de trasplantes.  
Mecanismos y características del rechazo.  
Principios de la inmunosupresión.

*Principios de la cirugía oncológica:*

Bases de la oncogénesis.  
Genética del cáncer.  
Inmunología y cáncer.  
Marcadores tumorales.

*Tratamientos adyuvantes y neoadyuvantes:*

Radioterapia.  
Quimioterapia.  
Inmunoterapia.  
Hormonoterapia.

**7.2 Áreas y contenidos específicos:**

**Aparato digestivo:**

*Esófago:*

Pruebas de función esofágica.  
Reflujo gastroesofágico: Esofagitis.  
Estenosis. Esófago de Barrett.  
Hernia hiatal.

Esofagitis: Cáusticas. Infecciosas.

Trastornos de la motilidad: Achalasia.

Otros.

Divertículos esofágicos.

Perforación esofágica.

Fístula traqueoesofágica.

Patología tumoral: Tumores benignos.

Cáncer de esófago. Cáncer de cardias.

Complicaciones de la cirugía del esófago.

*Estómago y duodeno:*

Enfermedad ulcero-péptica.

Síndromes de hipersecreción ácida.

Síndrome de Mallory-Weiss.

Vólvulos gástricos.

Hemorragia digestiva alta.

Cáncer gástrico.

Tumores estromales gastrointestinales.

Traumatismos duodenales.

Cirugía bariátrica.

Síndrome postgastrectomía.

*Intestino delgado:*

Obstrucción intestinal.

Enfermedad inflamatoria intestinal (Enfermedad de Crohn).

Hemorragia digestiva de origen en intestino delgado.

Tumores del intestino delgado.

Divertículos del intestino delgado.

Obstrucción vascular mesentérica.

Traumatismos del intestino delgado.

Complicaciones de la cirugía del intestino delgado: Fístulas. Adherencias.

Síndrome del intestino corto.

Trasplante de intestino delgado.

*Colon, recto y ano:*

Apendicitis aguda.

Enfermedad diverticular.

Colitis ulcerosa.

Colitis isquémica.

Obstrucción colónica.

Síndrome pseudoobstructivo (síndrome de Ogilvie).

Hemorragia digestiva de origen colorectal.

Vólvulos de colon.

Pólipos colorectales.

Síndromes de poliposis familiar.

Traumatismos colónicos.

Cáncer colorectal.

Prolapso rectal.

Hemorroides.

Fisura anal.

Absceso y fistula anal.

Condilomas.  
Seno pilonidal.  
Traumatismos anorectales.  
Cirugía del estreñimiento.  
Cirugía de la incontinencia.  
Traumatismos anorectales.

*Hígado:*  
Traumatismo hepático.  
Absceso hepático.  
Hidatidosis.  
Fallo hepático fulminante.  
Hepatopatías metabólicas.  
Cirrosis.  
Hipertensión portal: Síndrome de Budd-Chiari. Manejo de la HDA por varices.  
Técnicas derivativas. TIPS.  
Tumores benignos del hígado.  
Hepatocarcinoma.  
Cirugía de las metástasis hepáticas.  
Trasplante hepático.

Vía biliar:  
Colelitiasis.  
Colecistitis.  
Colangitis.  
Coledocolitiasis: Manejo quirúrgico, endoscópico y radiológico.  
Ileo biliar.  
Quistes del colédoco.  
Colangitis esclerosante primaria.  
Tumores benignos de la vía biliar.  
Tumores malignos de la vía biliar: Colangiocarcinoma. Cáncer de vesícula biliar.  
Complicaciones de la cirugía de la vía biliar: Estenosis benigna. Fístulas.

*Páncreas:*  
Páncreas anular y páncreas divisum.  
Pancreatitis aguda.  
Necrosis pancreática infectada y absceso pancreático.  
Pseudoquistes de páncreas.  
Fístula pancreática.  
Pancreatitis crónica.  
Ampuloma.  
Cáncer de páncreas exocrino.  
Traumatismos pancreáticos.  
Trasplante de páncreas: Trasplante de órgano sólido. Trasplante de islotes.

*Cirugía del bazo:*  
Traumatismos esplénicos.  
Cirugía conservadora del bazo.  
Esplenectomía por hemopatías.

Tumores esplénicos.  
Abscesos esplénicos.

*Diafragma y pared abdominal:*  
Hernias diafragmáticas congénitas distintas a las de hiato.  
Hernias diafragmáticas traumáticas.  
Hernia inguinal.  
Hernia crural.  
Hernia umbilical.  
Hernia incisional (Eventraciones).  
Hernia epigástrica.  
Hernia de Spiegel.  
Hernia lumbar.  
Hernia obturatriz.  
Hematoma de la vaina de los rectos.

*Cirugía del resto del contenido abdominal:*  
Peritoneo: Peritonitis difusas. Peritonitis circunscritas y abscesos intraabdominales. Peritonitis primarias.  
Retroperitoneo: Infecciones primarias y secundarias. Tumores retroperitoneales y mesentéricos. Fibrosis retroperitoneal.

*Sistema endocrino:*  
*Glándula tiroides:*  
Tiroiditis.  
Hipertiroidismo.  
Nódulo tiroideo.  
Bocio multinodular.  
Cáncer diferenciado de tiroides.  
Cáncer medular de tiroides.  
Cáncer anaplásico de tiroides.  
Complicaciones de la cirugía tiroidea.  
Sustitución hormonal.  
Bases del tratamiento con I.131.

*Glándulas paratiroides:*  
Hiperparatiroidismo: Primario. Secundario. Terciario. Recurrente o persistente.  
Cáncer de paratiroides.  
Complicaciones de la cirugía paratiroidea.  
Hipoparatiroidismo.

*Glándulas suprarrenales:*  
Incidentaloma.  
Feocromocitoma.  
Tumores adrenocorticales: Hipercortisolismo. Hiperaldosteronismo.  
Manejo metabólico del perioperatorio.  
Sustitución hormonal.

*Sistema endocrino digestivo:*  
Insulinoma.

Gastrinoma.  
Otros tumores del páncreas endocrino.  
Tumor carcinoide.  
Síndromes de neoplasia endocrina múltiple.

*Mama:*  
Patología del desarrollo mamario.  
Procesos inflamatorios e infecciosos (mastitis).  
Tumores benignos de la mama.  
Lesiones preneoplásicas.  
Tumores malignos de la mama.  
Reconstrucción mamaria.

*Cabeza y cuello:*

Traumatismos.  
Tumores cervicales.  
Adenopatías cervicales.

*Piel y partes blandas:*  
Lesiones por agentes físicos y químicos.  
Infecciones: Infecciones supurativas.  
Fascitis necrotizante. Miositis necrotizante. Gangrena gaseosa.  
Infecciones estreptocócicas. Úlceras por decúbito.  
Tumores benignos.  
Tumores malignos: Epidermoide.  
Melanoma. Sarcomas.

## **8. Rotaciones**

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

Las rotaciones por otras especialidades se llevarán a cabo durante el primero, segundo, tercer y cuarto año y las correspondientes a áreas de capacitación o de interés singular de CGAD durante el quinto año.

Con el fin de no mantener al residente alejado del servicio durante un año y medio, las rotaciones por otros servicios se efectuarán a lo largo de los cuatro primeros años de forma discontinua. El primer año es el ideal para efectuar una rotación de 3 meses por UCI/Anestesia. Por último, conviene contemplar, a modo de ampliación de estudios, una rotación de 2-3 meses realizada en los dos últimos años de la residencia, en una unidad docente de CGAD en el extranjero o en otro centro nacional con acreditado nivel investigador y, que sea complementaria de la formación en una de las áreas de capacitación o interés singular de la especialidad.

El calendario y los contenidos de las rotaciones por otras especialidades son los que se relacionan en el anexo I a este programa.

Los objetivos a alcanzar en cada una de las rotaciones se especifican en el anexo II a este programa.

El número mínimo de procedimientos que debe realizar un residente durante sus rotaciones por otros servicios, se especifican en el anexo III a este programa.

En el libro del residente quedarán registrados los períodos de tiempo rotacional. Las rotaciones externas deberán ser visadas por los tutores de las diferentes unidades docentes.

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

### **a) Rotación para la formación en protección radiológica:**

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

- a) Estructura atómica, producción e interacción de la radiación.
- b) Estructura nuclear y radiactividad.
- c) Magnitudes y unidades radiológicas.
- d) Características físicas de los equipos de Rayos X o fuentes radiactivas.
- e) Fundamentos de la detección de la radiación.

- f) Fundamentos de la radiobiología. Efectos biológicos de la radiación.
- g) Protección radiológica. Principios generales.
- h) Control de calidad y garantía de calidad.
- i) Legislación nacional y normativa europea aplicable al uso de las radiaciones ionizantes.
- j) Protección radiológica operacional.
- k) Aspectos de protección radiológica específicos de los pacientes.
- l) Aspectos de protección radiológica específicos de los trabajadores expuestos.

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

*Duración de la rotación:*

Los contenidos formativos de las anteriores letras a), b), c), d), e), f), g), h), i), se impartirán durante el primer año de especialización. Su duración será, entre seis y diez horas, fraccionables en módulos, que se impartirán según el plan formativo que se determine.

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

*Lugar de realización:*

Los contenidos formativos de las letras a), b), c), d), e), f), g), h), i), se impartirán por lo integrantes de un Servicio de Radiofísica Hospitalaria/

Protección Radiológica/Física Médica. Los contenidos formativos de las letras j), k) y l): se impartirán en una Institución Sanitaria con Servicio de Radiofísica Hospitalaria/Protección Radiológica/Física Médica, en coordinación con las unidades asistenciales de dicha institución específicamente relacionadas con las radiaciones ionizantes.

*Efectos de la formación:*

La formación en Protección Radiológica en el periodo de Residencia antes referida, se adecua a lo requerido en la legislación aplicable durante la formación de especialistas en ciencias de la salud, sin que en ningún caso, dicha formación implique la adquisición del segundo nivel adicional en Protección Radiológica, al que se refiere el artículo 6.2 del

Real Decreto 1976/1999, de 23 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en radiodiagnóstico, para procedimientos intervencionistas guiados por fluoroscopia.

*Organización de la formación:*

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

**b) Rotación en Atención Primaria.**

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

A estos efectos, la unidades docentes acreditadas recabarán dicha Resolución de las gerencias/comisiones de docencia de sus respectivos centros o del Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Secretaría del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (P.º del Prado, 18-20, Madrid. Teléfono: 91 596 17 81).

**9. Objetivos específicos y actividades a desarrollar en relación con conocimientos transversales en el ámbito de las especialidades médicas**

**9.1 Objetivos.**

Durante el **primer año**, el especialista en formación debe adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios en relación con la **Metodología de la investigación, Bioética**

y Gestión clínica. También se incidirá en la mejora del **idioma inglés** con el fin, entre otros, de facilitar una rotación opcional ulterior en un centro extranjero.

#### 9.2 Actividades.

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

Los contenidos mínimos de cada curso han sido descritos en el apartado 6 de este programa. Cada curso o seminario debe ser objeto de evaluación y ser registrado en el libro del residente adecuadamente visados por el tutor.

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

### **10. Objetivos y actividades a desarrollar en relación con los contenidos específicos de la especialidad de cirugía general y del aparato digestivo**

#### 10.1 Objetivos.

##### **10.1.1 Conocimientos (Formación teórica):**

El especialista en formación en CGAD debe adquirir los conocimientos adecuados y actualizados del programa de la especialidad, cuyos contenidos se muestran en el apartado 7 de este programa. Al final de la residencia debería estar en condiciones de superar una evaluación de estos conocimientos.

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

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

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

El **nivel 2** posibilita la realización de actividades directamente por el residente con la colaboración y bajo la supervisión del staff. El nivel 3 se corresponde con actividades en las que el residente simplemente ayuda u observa acciones del personal de plantilla.

##### **10.1.3 Actitudes:**

###### *a) Genéricas:*

Disponibilidad para el aprendizaje y la formación permanente.

Capacidad para asumir compromisos y responsabilidades.

Aproximación a los problemas asistenciales con mente crítica y espíritu resolutivo.

Respeto y valoración positiva del trabajo de los demás.

Apertura y flexibilidad en relación con los pacientes, miembros de su grupo de trabajo, colegas de otras especialidades y autoridades sanitarias y educativas en general.

###### *b) Profesionales y científicas:*

Cooperación y abordaje multidisciplinar en el tratamiento de las diversas patologías que originan el tratamiento quirúrgico.

Conformidad con la misión de servicio hacia los pacientes y la sociedad a que obliga el ejercicio de la medicina.

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.

## 10.2 Actividades para cubrir los objetivos.

### 10.2.1 En cuanto a los conocimientos.

La formación teórica se efectuará mediante el estudio a nivel individual y el seguimiento de cursos y seminarios. En tales actividades es muy importante la figura del tutor, en orden a aconsejar los textos y tratados más adecuados para la progresiva adquisición de los conocimientos que se indican en el apartado 7 del programa.

El tutor también velará por la asistencia del residente a los cursos y seminarios idóneos en cada momento, en número de 2-3 al año. Se aconseja que tales cursos incluyan actualizaciones y perfeccionamientos en: Iniciación práctica en Cirugía Endoscópica, Formas de producción científica en Cirugía General, Cirugía Mayor Ambulatoria, Cirugía esofagogastrica, Cirugía hepatobiliopancreática, Coloproctología, Pared Abdominal, Politraumatismos y Cuidados intensivos quirúrgicos, Infección quirúrgica, Cirugía endocrina, Cirugía de la mama, Cirugía endoscópica avanzada, Cirugía Torácica, Cirugía Vascular, Trasplantes de órganos abdominales, Obesidad Mórbida. Deben tener preferencia las actividades que incluyan procedimiento de evaluación y aquellos cursos o seminarios cuya organización este garantizada por la Comisión Nacional de la Especialidad o Asociaciones Científicas de prestigio.

A este respecto en el Anexo I a este programa figura un calendario orientativo por años, para la realización de estos cursos/seminarios, cuyos detalles sobre su seguimiento y evaluación figurarán en el libro del residente, debidamente visados por el tutor.

### 10.2.2 En cuanto a las habilidades:

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

#### a) Actividades en sala de hospitalización.

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

#### b) Actividades programadas en quirófanos.

El residente debe participar activamente en la programación quirúrgica de la unidad docente con responsabilidad creciente a lo largo de su periodo formativo. Además de su contribución al acto quirúrgico propiamente dicho, participará en la confección del juicio clínico preoperatorio, la obtención del consentimiento informado, la orden de operación, la cumplimentación de la hoja operatoria, la solicitud de estudios anatomo-patológicos o de otro tipo y la información a familiares.

#### c) Actividades en consultas externas.

El residente participará en el área de consultas externas, verdadero laboratorio de relación con la atención primaria y de control del resultado de las terapéuticas quirúrgicas. Durante la visita, el residente realizará el interrogatorio, el examen físico, la formalización de la historia clínica y el

plan de actuación. Si el caso es quirúrgico, solicitará el estudio preoperatorio y la consulta preanestésica, según el protocolo del centro. Cumplimentará los documentos de inclusión en lista de espera y el consentimiento específico. En su caso, realizará informe de alta en consulta externa.

#### 10.2.3 En cuanto a la investigación.

Las actividades científicas incluyen la preparación de publicaciones escritas, de comunicaciones orales y ponencias a reuniones y congresos y la participación en las sesiones del servicio.

Los conocimientos adquiridos en el curso de metodología de la investigación, el ejemplo de la unidad docente, la supervisión del tutor y el estímulo del jefe de la unidad harán que el especialista en formación participe activamente en la realización de, al menos, **una comunicación oral y un trabajo escrito por año de formación**. Al final del periodo formativo el residente deberá contar con un mínimo de 6 publicaciones escritas o admitidas para publicación (en al menos 2 de ellas figurará como primer firmante) y haber colaborado, al menos, en 10 comunicaciones a congresos.

Estas actividades deberán constar en el libro del residente. Las sesiones del servicio constituyen una auditoría clínica permanente y pueden considerarse una actividad científica en cuanto ejercitan la mentalidad crítica. El especialista en formación debe participar activamente en las mismas. Se consideran necesarias las siguientes **sesiones**:

a) **Sesión de urgencias:** Esta reunión, diaria, es muy importante en todo servicio de CGAD, dado el peso en la actividad asistencial que tienen las urgencias. A primera hora de la jornada se reunirá todo el servicio para asistir a la exposición por el equipo saliente de guardia sobre el desarrollo y justificación de los ingresos, intervenciones urgentes e incidencias de pacientes hospitalizados. Esta actividad debe ser efectuada por el especialista en formación más antiguo. No ha de durar más de 15-30 minutos.

b) **Sesión preoperatoria para cirugía programada:** Durante esta actividad semanal, se exponen (si los casos clínicos lo requieren por su interés) o se entregan los juicios clínicos de los pacientes susceptibles de intervención quirúrgica programada. Dicho documento incluye el diagnóstico, el procedimiento propuesto, grado de dificultad previsto, régimen de ingreso (ambulatorio o tradicional) y requerimientos específicos de preparación. Los casos más complejos, ilustrativos, contradictorios o simplemente más interesantes se presentarán al completo para ejercer de esta manera un mecanismo de actualización formativa; estos son los más adecuados a exponer por el residente.

c) **Sesión científica:** En esta actividad semanal, el residente realiza la actualización de un tema controvertido a propósito de un caso vivido.

Otras veces, se presentan los resultados de investigaciones llevadas a cabo en el servicio, en este caso, por un miembro del staff o por otros especialistas clínicos o básicos. El calendario de las sesiones debe confeccionarse previamente por el tutor de residentes de acuerdo con el Jefe del Servicio. Puede aprovecharse como procedimiento de actualización y perfeccionamiento de los contenidos del apartado 7.

d) **Sesión de morbilidad y mortalidad:** Es esta una actividad mensual, en la que debe realizarse un análisis de la morbilidad, complicaciones y mortalidad del servicio, sobre todo de los casos más inusuales o inesperados.

e) **Sesión bibliográfica:** El objetivo de esta sesión, que se recomienda con periodicidad mensual, es el análisis crítico de 2-3 trabajos publicados en revistas de la especialidad de reconocido prestigio. Este análisis, referido no tan sólo al mensaje, sino al método con que ha sido estructurado, será encomendado con la suficiente antelación a un miembro del servicio que deberá exponer sus conclusiones para servir de introducción a una más amplia discusión bajo la coordinación del Jefe del Servicio.

### 11. Atención continuada/guardias

El residente participará en los turnos de guardia del servicio con nivel de responsabilidad creciente. Las actividades incluyen: asistencia a los enfermos sobre los que se pide consulta desde el servicio de urgencia, contribuyendo a las decisiones de ingreso, alta, traslado u observación; realización de las intervenciones de urgencia de los pacientes que lo precisen,

tanto externos como internos; y atención continuada de los pacientes ingresados. Particularmente importante es la realización de cuidadosas historias clínicas, incluyendo interrogatorio, examen físico, revisión de exploraciones complementarias, etc., hasta la formulación de un juicio sobre indicación o no de intervención quirúrgica urgente.

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

## **12. Procedimientos y técnicas, actividad quirúrgica, niveles de complejidad y responsabilidad y Libro del Residente**

### **12.1 Aprendizaje de procedimientos y técnicas durante el primer año de residencia.**

Al margen de las intervenciones quirúrgicas el residente de primer año debe aprender los procedimientos y técnicas que se relacionan en el anexo V a este programa.

### **12.2 Intervenciones quirúrgicas al término del periodo formativo.**

El número mínimo de intervenciones quirúrgicas que debe haber realizado un residente de CGAD como cirujano y como ayudante al término de su residencia, se relacionan en el anexo VI.

### **12.3 Niveles de complejidad y responsabilidad.**

Los niveles de responsabilidad y complejidad a los que se ha hecho referencia en el apartado 10.1.2 de este programa relacionados con las distintas áreas de actividad y año formativo, se han plasmado en el cuadro que figura en el anexo VII a este programa.

### **12.4 Libro del Residente.**

El Libro del Residente en CGAD incluirá los siguientes aspectos:

a) *Cursos comunes*: Realización y evaluación de los cursos o seminarios en Metodología de la Investigación, Bioética y Gestión Clínica.

Mínimo 40 horas.

b) *Cursos específicos*: Realización y evaluación de los cursos o seminarios específicos de CGAD. Mínimo 260 horas.

c) *Intervenciones*: deben constar las intervenciones programadas y urgentes, realizadas como primer cirujano y ayudante, incluyendo las efectuadas en las rotaciones por otras especialidades, con expresión de los grados de complejidad y el nivel de responsabilidad. En el anexo IV se expone un esquema general del desarrollo de las intervenciones quirúrgicas por años, grado de complejidad y nivel de responsabilidad.

d) *Guardias*: se indicará en número de guardias realizadas con expresión del nivel de responsabilidad según los años de residencia.

e) *Actividad investigadora y científica*. Recogerá las comunicaciones, ponencias y publicaciones escritas realizadas por el residente.

El anexo VIII a este programa muestra, de forma orientativa, los datos que debe incluir el Libro del Residente.

**ANEXO I AL PROGRAMA DE CGAD**

**Calendario orientativo por años para la realización de cursos  
de actualización y rotaciones**

	Cursos/Seminarios	Rotaciones
R1	Metodología de la investigación. Bioética. Gestión Clínica.	ROTACIONES POR OTRAS E.E.MM: U.C.L/Anestesia (3 meses).
R2	Formas de producción científica. C.M.A. Infección quirúrgica.	ROTACIONES POR OTRAS E.E.MM: Radiodiagnóstico (1-2 meses). Endoscopia (1-2 meses).
R3	Pared abdominal y hernias. Iniciación práctica a la Cirugía Endoscópica*.	ROTACIONES POR OTRAS E.E.MM: Cirugía Torácica (2-3 meses). Urología (1 mes). Traumatología (10 guardias).
R4	Cirugía Endocrina. Cirugía de la Mama. Cirugía Esofagogastrica. Asistencia a Politraumatizados**.	ROTACIONES POR OTRAS E.E.MM: Cirugía vascular (2-3 meses). Cirugía Plástica (1 mes). Neurocirugía (10 guardias). Opcionales: Cirugía Pediátrica (1 mes). Ginecología (1 mes). ROTACIONES POR ÁREAS DE CAPACITACIÓN/ESPECIAL INTERÉS: Cirugía endocrina y de la mama (2-3 meses).
R5	Cirugía HBP Cirugía colorrectal. Cirugía laparoscópica avanzada. Trasplante de órganos.	ROTACIONES POR ÁREAS DE CAPACITACIÓN/ESPECIAL INTERÉS: Unidad esófago gástrica (2 meses). Cirugía HBP y trasplantes (4 meses). Cirugía colorrectal (4 meses).

\* Debe llevarse a cabo en centros con infraestructura contrastada.

\*\* Preferentemente titulación del American Trauma Life Support (ATLS).

**ANEXO II AL PROGRAMA DE CGAD**

**Objetivos de las rotaciones por otras especialidades médicas**

**CUIDADOS INTENSIVOS O ANESTESIA/REANIMACIÓN (*3 meses*)**

El residente debe adquirir los **conocimientos** relativos a la fisiopatología y tratamiento de las situaciones críticas. Así: Insuficiencia respiratoria aguda (indicaciones de la intubación traqueal y de la traqueotomía, momento de la extubación, indicaciones de la ventilación mecánica y sus diferentes posibilidades, supresión de la ventilación mecánica); Alteraciones del equilibrio ácido-base (diagnóstico, etiología y tratamiento); Sustancias vasoactivas (tipos, mecanismos de acción y elección); Antibioterapia en el paciente crítico (dosificación en la insuficiencia renal); Paciente politraumatizado (medidas de reanimación general y de mantenimiento, problemas más frecuentes en el tratamiento y control evolutivo); Procedimientos de rehidratación; Nutrición artificial; Muerte cerebral (diagnóstico y aspectos médico-legales); Mantenimiento del donante; Control postoperatorio inmediato de los pacientes trasplantados.

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

## RADIODIAGNÓSTICO (*1-2 meses*)

El residente ha de adquirir los **conocimientos y destrezas** en relación con: Indicaciones e interpretación de la radiología simple y contrastada; Métodos digitalizados; Mamografía (indicaciones en el proceso diagnóstico y en el seguimiento de la patología mamaria, semiología elemental, utilidad en el planteamiento de la cirugía conservadora de la mama); Ecografía (principios de la interpretación ecográfica e indicaciones clínicas, ecografía diagnóstica e intervencionista, eco-doppler); Resonancia magnética (imágenes y espectroscopia por R.M., tipos principales de secuencias e indicaciones clínicas); Angiorradiología diagnóstica e intervencionista (técnicas e indicaciones); Relación coste-beneficio de las técnicas de diagnóstico mediante imágenes de alta tecnología.

## ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA (*1-2 meses*)

El residente deberá adquirir **conocimientos y destrezas** en relación con la fibrogastroscopia, la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE), la fibrocolonoscopia y la rectoscopia. **Fibrogastrosco** **pia**.—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. También, las posibilidades de la yeyunoscopia y de la enteroscopia con cápsula inalámbrica.

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

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

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

## TRAUMATOLOGÍA (*10 guardias*)

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

## CIRUGÍA TORÁCICA (*2-3 meses*)

El residente ha de adquirir las **habilidades** en relación con la historia clínica, la identificación y descripción de los problemas clínicos planteados, y el proceso a seguir para el establecimiento de una indicación quirúrgica en la patología torácica. Interpretación de los datos aportados por las técnicas de diagnóstico mediante imágenes (radiología simple, TC, escintigrafía, encoscopia, etc.). Particularmente se instruirá en la toracocentesis, el tratamiento de urgencia del neumotórax espontáneo y del empiema pleural, las vías de acceso a la cavidad torácica y al mediastino, las toracotomías y la toracoscopia, la colocación de drenajes intratorácicos y el tratamiento de urgencia de los traumatismos torácicos.

## CIRUGÍA VASCULAR (2-3 meses)

El residente deberá adquirir los **conocimientos y destrezas** en relación con la anamnesis y exploración en relación con la angiología. Así: evaluación de los pacientes con isquemia aguda y crónica o ulceraciones en las extremidades inferiores; valoración de los pacientes con trombosis venosas; Valoración del pie diabético; Conocimientos básicos de las técnicas de exploración vascular, cruenta e incruenta, y de la farmacoterapia vascular (anticoagulación, fibrinolisis, sustancias vasoactivas, etc.); Vías y técnicas de acceso a los vasos; Disección y control de los troncos vasculares; Principios de la sutura vascular; Anastomosis vasculares; Embolectomías en la extremidad superior e inferior; Conceptos generales sobre el uso de injertos y prótesis de sustitución vascular; Cirugía exérética y amputaciones por isquemia de las extremidades inferiores.

## UROLOGÍA (1 mes)

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

## NEUROCIRUGÍA (10 guardias)

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

## CIRUGÍA PLÁSTICA (1 mes)

El residente debe adquirir los **conocimientos y destrezas** en relación con la valoración y planteamiento de tratamiento de las quemaduras, grandes pérdidas de superficie cutánea y deformidades cicatriciales.

Iniciación a la técnica de colgajos, plastias e injertos.

## ANEXO III AL PROGRAMA DE CGAD

**Número mínimo de procedimientos que debe realizar un residente de CGAD en sus rotaciones por otras especialidades médicas, como Cirujano Asistente.**

### UCI/Anestesia:

Acceso venoso central: 10 (20).

Intubación orotraqueal: 10 (20).

### Endoscopia:

Esofagogastroskopía: 5 (40).

Rectocolonoscopía: 5: (40).

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: (5).

Endoscopía terapéutica (prótesis esofágicas, hemostasia de lesiones sanguíneas, etc.): (5).

### Cirugía Torácica:

Toracocentesis: 10.

Toracoscopía: 5 (10).

Resecciones pulmonares: (10).

Apertura y cierre de la cavidad torácica: 5 (15).

### Cirugía Vascular:

Safenectomías: 5 (10).

Embolectomía: (5).

Cirugía arterial directa: (10).

### Urología:

Intervenciones sobre riñón, vejiga y próstata: (10).

**Cirugía Plástica:**

Plastias locales: 3 (10).  
Reconstrucción mamaria: (5).

**ANEXO IV AL PROGRAMA DE CGAD**

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

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

**Grado 2.** Esfinterotomía anal. Hemorroidectomía. Exéresis de sinus pilonidal. Drenaje de absceso perianal. Herniorrafia inguinal, crural y umbilical. Apendicectomía abierta. Inserción de trócares laparoscópicos. Gastroyeyunostomía. Pilonoplastia. Sutura de una perforación ulcerosa. Colecistectomía abierta. Enterectomía segmentaria. Traqueostomía.

**Grado 3.** Fistulectomía anal. Mastectomía simple. Apendicectomía laparoscópica. Colecistectomía laparoscópica. Fundoplicatura de Nissen abierta. Esplenectomía. Colostomía. Ileostomía. Hemitiroidectomía. Colectomía segmentaria.

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

**Grado 5.** Esofagectomía. Gastrectomía total. Amputación abdomino-perineal. Duodenopancreatectomíacefálica. Resección hepática mayor. Reservorios ileoanales. Cirugía laparoscópica avanzada (bariátrica, adrenalectomía, etc.). Trasplante hepático. Trasplante de páncreas.

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

**ANEXO V AL PROGRAMA DE CGAD**

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

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

Control y extracción de drenajes postoperatorios.  
Redactar un informe de alta.

#### ANEXO VI AL PROGRAMA DE CGAD

a) Número mínimo de intervenciones quirúrgicas que debe haber realizado un residente como **cirujano** al término de su residencia.

##### **Esofagogástrica:**

Cirugía antirreflujo: 3.  
Hernia paraesofágica: 1.  
Achalasia: 1.  
Abordaje del esófago cervical: 1.  
Úlcera péptica complicada: 8.

Gastrectomías: 3.

##### **Coloproctología:**

Hemorroidectomía: 15.  
Esfinterotomía interna: 10.  
Fístulas/Abscesos: 20.  
Colectomías: 10.  
Resección de recto: 3.

##### **Hepatobilíopancreática:**

Resección hepática: 4.  
Colecistectomía abierta: 5.  
Cirugía de la VBP: 4.

Esplenectomía: 3.

##### **Cirugía endocrina:**

Tiroidectomía: 10.

Paratiroidectomía: 2.

##### **Cirugía mamaria:**

Cirugía de mama benigna: 15.  
Cirugía cáncer de mama: 15.

##### **Cirugía de la pared abdominal:**

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

Cirugía Laparoscópica (30):  
Al menos 15 colecistectomías.

##### **Urgencias:**

Intervenciones de todo tipo: 200 (muchas de ellas incluidas en las restantes áreas).

b) Número mínimo de intervenciones quirúrgicas que debe haber realizado un residente como **ayudante** al término de su residencia en cirugía de complejidad grado 5:

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

#### ANEXO VII AL PROGRAMA DE CGAD

#### **Niveles de responsabilidad que debe asumir el residente en sus actividades**

	Sala de Hospitalización	Consultas externas	Área de Urgencias (excepto cirugía)	Intervenciones quirúrgicas (como Cirujano)
R1	Nivel 3	Nivel 3	Nivel 3	Nivel 2-Grado* 1
R2	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2-Grados 1 y 2
R3	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2-Grados 1 a 3
R4	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 2-Grados 1 a 4
R5	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 2-Grados 1 a 5

\* El grado hace referencia a la complejidad de la cirugía.

## ANEXO VIII AL PROGRAMA DE CGAD

### **Esquema orientativo de los datos que deben figurar en el Libro del Residente.**

El libro del residente debería recoger por año:

I. *En cuanto a la adquisición de conocimientos:*

Los Cursos y Seminarios a los que ha asistido, indicando el título oficial, lugar y fecha de celebración, duración y resultado de la evaluación, si la hubo. Asimismo, debe registrar las Sesiones Clínicas impartidas: se reflejará título, fecha de la misma, servicio y/o unidad en la que se presentó.

II. *En cuanto a la adquisición de habilidades:*

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

2. Rotaciones por otros servicio, reflejando:

a. Servicio/Unidad. Hospital o Centro.

b. Duración.

c. Participación en sesiones.

d. Guardias realizadas.

e. Actividad quirúrgica: se recogerá:

Intervención.

Fecha.

Actividad: Cirujano/ayudante.

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

Nombre y apellidos del paciente.

N.º de historia clínica.

Fecha de la intervención.

Diagnóstico preoperatorio.

Tipo de anestesia.

Localización.

Intervención urgente o programada.

Tipo de intervención.

Cirujano o ayudante.

4. Estancias y rotaciones en hospitales nacionales y extranjeros.

Debe reflejarse:

a. Hospital en el que se realizó.

b. Duración de la misma, fechas de la rotación.

c. Proyecto y objetivos por y para los que se realiza.

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

1. Participación en Reuniones y Congresos:

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

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

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

2. Participación en mesas redondas:

Curso/Congreso/Reunión en la que se participó.

Tema.

3. Docencia e investigación:

Participación en proyectos de investigación.

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

4. Becas y ayudas obtenidas:

Organismo que la concede.

Título del proyecto presentado, en su caso.

## 9. ANEXO II

### REAL DECRETO SOBRE LA REGULACIÓN DE LOS MIR (BOE 7.10.06 N° 240)

34864

Sábado 7 octubre 2006

BOE núm. 240

Disposición final tercera. *Entrada en vigor.*

El presente real decreto entrará en vigor el día de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Dado en Madrid, el 6 de octubre de 2006.

JUAN CARLOS R.

El Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales,  
JESÚS CALDERA SÁNCHEZ-CAPITÁN

## MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA

**17498 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.**

A pesar de la especial importancia que para el avance y consolidación de nuestro sistema público sanitario ha tenido la formación de especialistas mediante el sistema de residencia, la relación de trabajo de los residentes ha carecido en España de regulación específica desde que las órdenes ministeriales de 3 de septiembre de 1969 y 28 de julio de 1971 crearan las figuras de médicos internos y residentes, estableciendo una vinculación contractual de carácter laboral con las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, constata que la regulación de la relación entre el residente y las entidades titulares docentes en su vertiente laboral se asienta básicamente sobre el contrato individual de trabajo y, tanto en su artículo 20.3.f) como en su disposición adicional primera, ordena al Gobierno la aprobación de un real decreto que regule la relación laboral de carácter especial de este personal, estableciendo por primera vez un marco general y homogéneo para todo el personal con independencia del centro que se responsabiliza de su formación. Ello asegurará que la realización y cumplimiento de los programas formativos en similares términos en todo el Estado se corresponde con un lógico régimen de derechos y deberes comunes a todos los residentes. Igualmente se ha tenido en cuenta el marco normativo comunitario, especialmente la Directiva 93/16/CEE, del Consejo, de 5 de abril de 1993, destinada a facilitar la libre circulación de los médicos y el reconocimiento mutuo de sus diplomas, certificados y otros títulos, y la Directiva 2003/88/CE, del Parlamento europeo y del Consejo, de 4 de noviembre de 2003, relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo.

A tal efecto, conforme a las previsiones contenidas en el artículo 11.4 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, por el Ministerio de Sanidad y Consumo se constituyó el correspondiente ámbito de negociación con participación de las organizaciones sindicales presentes en el Foro Marco para el Diálogo Social, con la finalidad de abordar los aspectos relacionados con la relación laboral especial de residencia que constituye el objeto de este real decreto, habiéndose producido una amplia participación que ha permitido la incorporación a la regulación de una buena parte de las propuestas efectuadas por dichas organizaciones sindicales específicas del ámbito sanitario.

Paralelamente, en la elaboración de este real decreto han participado ampliamente las administraciones sanitarias de las comunidades autónomas, destacando a este respecto el acuerdo que de forma unánime se adoptó en el Pleno de la Comisión de Recursos Humanos celebrado el 21 de noviembre de 2005, por el que se aprobó un marco retributivo común para todos los residentes, permitiendo no obstante que en los servicios de salud y demás entidades titulares, dentro de sus competencias, y de acuerdo con las fuentes reguladoras de la relación laboral de carácter especial, puedan establecerse diferencias específicas más adecuadas a sus propias políticas sanitarias. Asimismo han participado también las organizaciones colegiales de aquellos ámbitos cuyos profesionales se forman mediante el procedimiento de residencia.

El presente real decreto se estructura en tres capítulos, siete disposiciones adicionales, cuatro transitorias, una derogatoria única y dos finales.

El capítulo I determina su objeto y ámbito de aplicación, así como el sistema de fuentes.

El capítulo II, relativo al contrato, fija, entre otras materias, la duración de éste, los derechos y deberes de las partes, entre los que cabe destacar las disposiciones relativas a la jornada laboral, al sistema retributivo, así como a la suspensión y extinción del contrato.

El capítulo III, finalmente, contiene las previsiones relativas al régimen disciplinario.

Las disposiciones adicionales regulan de forma novedosa aspectos relativos al personal con discapacidad, así como condiciones especiales para la protección integral contra la violencia de género.

Igualmente, al considerar que el objetivo de esta relación laboral es la obtención del título de especialista mediante la superación de un programa de formación, también se prevé una especial organización del tiempo de trabajo que, en algunos casos, permitirá al personal residente la conciliación de la vida familiar y laboral sin hacer uso de la reducción de jornada o de la suspensión del contrato, ya que estas situaciones imposibilitan realizar un curso formativo completo en periodo anual.

Por último, se incluyen normas específicas para determinadas especialidades médicas y se regula el procedimiento para la revisión de las evaluaciones anuales y finales.

En las disposiciones transitorias se prevé la aplicación progresiva del régimen de jornada y del nuevo sistema retributivo, se establecen normas específicas para las especialidades de enfermería y se recoge el mantenimiento de las condiciones más beneficiosas que pudieran venir disfrutándose.

En la elaboración de este real decreto han sido consultadas las organizaciones sindicales y asociaciones empresariales más representativas, así como el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, el Comité Asesor de Especialidades de Enfermería y el Consejo Nacional de Especializaciones Farmacéuticas.

Este real decreto se dicta de conformidad con la disposición adicional 2.2 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, en relación con el artículo 2.1.i) de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, Texto Refundido aprobado por Real Decreto legislativo 1/1995 de 24 de marzo.

En su virtud, a propuesta conjunta de los Ministros de Trabajo y Asuntos Sociales y de Sanidad y Consumo, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 6 de octubre de 2006,

**DISPONGO:****CAPÍTULO I****Disposiciones generales****Artículo 1. Objeto, ámbito de aplicación y fuentes.**

1. Este real decreto tiene por objeto regular la relación laboral de carácter especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, de conformidad con lo previsto en el artículo 20.3.f) y en la disposición adicional primera de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

2. Será de aplicación a los titulados universitarios que, previa participación en la convocatoria anual de carácter nacional de pruebas selectivas, hayan accedido a una plaza en un centro o unidad docente acreditada, para el desarrollo de un programa de formación especializada en Ciencias de la Salud, mediante el sistema de residencia, previsto en el artículo 20 de la Ley 44/2003, de 21 noviembre, a efectos de la obtención del título de especialista, y por cuyos servicios como trabajadores percibirán las retribuciones legalmente establecidas.

También será de aplicación a los especialistas en Ciencias de la Salud que, conforme a lo establecido en el artículo 23 de la citada ley, cursen una nueva especialidad, y a los que según el artículo 25 accedan a la formación para la obtención del Diploma de Área de Capacitación Específica, por el sistema de residencia.

3. Se aplicará en todo el territorio del Estado, cualquiera que sea la titularidad, pública o privada, de los establecimientos sanitarios donde se encuentren ubicadas los centros o unidades docentes acreditados para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.

4. Los derechos y obligaciones concernientes a la relación laboral de carácter especial de residencia se regularán por este real decreto y, con carácter supletorio, por el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por Real Decreto legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por la demás legislación laboral que le sea de aplicación, por los convenios colectivos y por la voluntad de las partes manifestada en los contratos de trabajo, sin que en ningún caso se puedan establecer en ellos condiciones menos favorables al trabajador o contrarias a las previstas en las disposiciones legales y convenios colectivos antes referidos.

**CAPÍTULO II****Del contrato****Artículo 2. Forma, contenido y eficacia del contrato.**

1. El contrato de trabajo se celebrará por escrito entre el residente, en su condición de trabajador, y la entidad titular de la unidad docente acreditada para impartir la formación, en su condición de empleador o empresario.

2. En el contrato, que se formalizará por cuadriplulado, se incluirán, al menos, los siguientes extremos:

- a) La identidad de las partes que lo suscriben.
- b) El domicilio social de la empresa.
- c) La unidad docente donde se desarrollará el programa de formación y centro al que pertenece o, en su caso, los dispositivos que la integran. Si en la acreditación de la misma se prevé la rotación por más de un centro se hará constar esta circunstancia.
- d) La convocatoria en la que el residente ha obtenido la plaza.

e) La fecha del comienzo de la relación laboral y su duración.

f) El título universitario del residente y el programa de formación que va a cursar.

g) Las cuantías de sus retribuciones.

h) La jornada laboral.

i) La duración de las vacaciones y la modalidad para su atribución y determinación.

j) El convenio colectivo que, en su caso, resulte aplicable.

3. Al contrato se incorporarán las diligencias de las renovaciones que en cada caso correspondan según la duración del programa formativo de la especialidad.

4. Antes de la formalización del contrato, cada residente se someterá a un examen médico para comprobar que no padece enfermedad ni está afectado por alguna limitación, física o psíquica, que sea incompatible con las actividades profesionales que exige el correspondiente programa formativo. El contrato quedará sin efecto si, cumplido el procedimiento previsto en la convocatoria por la que el residente obtuvo la plaza, se resolviese la no superación de dicho examen médico.

**Artículo 3. Duración del contrato.**

1. La duración del contrato será de un año, renovable por períodos iguales durante el tiempo que dure su programa de formación, siempre que, al final de cada año, el residente haya sido evaluado positivamente por el Comité de evaluación de la especialidad correspondiente.

2. En los supuestos previstos en el artículo 11.2, la duración del nuevo contrato podrá ser inferior al año, celebrándose por el tiempo necesario para finalizar el curso que fue interrumpido.

3. Cuando el residente obtenga una evaluación anual negativa por no alcanzar los objetivos formativos fijados, pero el Comité de evaluación considere que puede alcanzarlos mediante un plan de recuperación específica y programada, el contrato se prorrogará por el período de duración de dicho plan, que deberá realizarse dentro de los tres primeros meses del siguiente año lectivo conjuntamente con las actividades propias de éste, quedando supeditada la prórroga por los restantes nueve meses al resultado de la evaluación de la recuperación.

Esta prórroga de recuperación será también autorizada, finalizado el último año de residencia, si el Comité de evaluación considera posible la recuperación mediante dicho plan.

4. Cuando la evaluación negativa se deba a la imposibilidad de la prestación de servicios superior al 25 por ciento de la jornada anual como consecuencia de la suspensión del contrato o de otras causas legales, se autorizará la prórroga del contrato por el tiempo necesario para completar el período formativo o su repetición completa, previo informe de la Comisión de docencia correspondiente. La propuesta de repetición será resuelta por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

5. En esta relación laboral de carácter especial de residencia no podrá establecerse período de prueba.

**Artículo 4. Derechos y deberes.**

Además de los establecidos con carácter general en el Estatuto de los Trabajadores, los residentes tendrán los siguientes derechos y deberes específicos:

**1. 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 en los apartados 3 y 4 del artículo anterior.

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) 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.

## 2. 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 razonablemente los recursos en beneficio del paciente y evitar su uso ilegítimo para su propio provecho o de terceras personas.

## Artículo 5. Jornada laboral y descansos.

1. El tiempo de trabajo y régimen de descansos del personal residente serán los establecidos en el ámbito de los respectivos servicios de salud, con las siguientes peculiaridades:

a) La jornada ordinaria de trabajo se determinará mediante convenio colectivo. En su defecto, será la establecida, mediante normas, pactos o acuerdos, para el personal estatutario de la especialidad que el residente esté cursando en cada servicio de salud.

En todo caso, la duración máxima de la jornada ordinaria no podrá exceder las 37,5 horas semanales de promedio en cómputo semestral, salvo que mediante acuerdo pacto o convenio se establezca otro cómputo.

b) Entre el final de una jornada y el comienzo de la siguiente deberá mediar, como mínimo, un periodo de descanso continuo de 12 horas.

En todo caso, después de 24 horas de trabajo ininterrumpido, bien sea de jornada ordinaria que se hubiera establecido excepcionalmente, bien sea de jornada complementaria, bien sea de tiempos conjuntos de ambas, el residente tendrá un descanso continuo de 12 horas, salvo en casos de especial interés formativo según criterio de su tutor o en casos de problemas organizativos insuperables. En estos supuestos, se aplicará el régimen de descansos alternativos previstos en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud.

c) El residente estará obligado exclusivamente a realizar las horas de jornada complementaria que el programa formativo establezca para el curso correspondiente. En todo caso, no podrá realizar más de siete guardias al mes.

2. La jornada laboral asegurará el cumplimiento de los programas formativos.

Dentro de las posibilidades organizativas y funcionales de cada centro, se procurará disponer la jornada de los residentes de forma que la ordenación del tiempo de trabajo no perjudique su formación.

3. No podrán celebrarse contratos de trabajo del personal residente con jornada a tiempo parcial.

## Artículo 6. Fiestas, permisos y vacaciones.

1. El personal residente disfrutará de las fiestas, permisos y vacaciones conforme a lo regulado en el artículo 37, apartados 2, 3, 4, 4 bis, 5, 6 y 7 y 38 del Estatuto de los Trabajadores.

2. Los residentes que presten servicios en las entidades titulares docentes dependientes del Sistema Nacional de Salud disfrutarán además, de los mismos días de libre disposición que el personal estatutario de cada servicio de salud.

3. El disfrute de las vacaciones anuales retribuidas y fiestas de los residentes se fijarán atendiendo al cumplimiento de los programas de docencia y a las necesidades asistenciales, de acuerdo con la programación funcional del centro.

## Artículo 7. Retribuciones.

1. La retribución de los residentes que presten servicios en las entidades titulares docentes dependientes del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo que se

determine en las respectivas leyes de presupuestos, comprenderá los siguientes conceptos:

a) Sueldo, cuya cuantía será equivalente a la asignada, en concepto de sueldo base, al personal estatutario de los servicios de salud en función del título universitario exigido para el desempeño de su profesión, atendiendo, en el caso de los residentes, al exigido para el ingreso en el correspondiente programa de formación.

b) Complemento de grado de formación, cuya percepción se devengará a partir del segundo curso de formación.

Estará destinado a retribuir el nivel de conocimientos así como la progresiva adquisición de responsabilidades en el ejercicio de las tareas asistenciales.

Su cuantía será porcentual respecto al sueldo. Los porcentajes serán los siguientes:

- 1.º Residentes de segundo curso: ocho por ciento.
- 2.º Residentes de tercer curso: 18 por ciento.
- 3.º Residentes de cuarto curso: 28 por ciento.
- 4.º Residentes de quinto curso: 38 por ciento.

c) Complemento de atención continuada, destinado a remunerar la atención a los usuarios de los servicios sanitarios de manera permanente y continuada.

d) Se percibirá un plus de residencia en aquellos territorios en los que esté establecido.

2. Los residentes percibirán dos pagas extraordinarias que se devengarán semestralmente, en los meses de junio y diciembre, abonándose junto al salario correspondiente a dichos meses. El importe de cada una de ellas será, como mínimo, de una mensualidad del sueldo y del complemento de grado de formación.

3. Las retribuciones aquí establecidas corresponden al tiempo de trabajo efectivo, no computándose como tal los períodos de descanso entre jornadas.

4. Los residentes contratados por entidades privadas titulares de unidades docentes Acreditadas para impartir la formación percibirán su retribución conforme a lo establecido en el convenio colectivo que resulte aplicable. 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.

#### **Artículo 8. Rotaciones.**

1. Se considerarán rotaciones externas los períodos formativos en centros no previstos en el programa de formación ni en la acreditación otorgada al centro o unidad docente en los que se desarrolla. Los residentes podrán realizar rotaciones externas siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

a) Que la rotación externa sea propuesta y autorizada por los órganos competentes, especificando los objetivos que se pretenden, que deben referirse a la ampliación de conocimientos o al aprendizaje de técnicas no practicadas en el centro y que, según el programa de formación, son necesarias o complementarias a éste.

b) Que se realicen preferentemente en centros acreditados para la docencia o en centros nacionales o extranjeros de reconocido prestigio.

c) Que no superen los cuatro meses continuados dentro de cada período de evaluación anual.

d) Que la gerencia del centro de origen se comprometa expresamente a continuar abonando al residente la totalidad de sus retribuciones, incluidas las derivadas de la atención continuada que realice durante la rotación externa.

2. Las rotaciones externas darán derecho a gastos de viaje, conforme a las normas y acuerdos que resulten de aplicación a las entidades titulares de la correspondiente unidad docente.

3. Cada rotación externa figurará, debidamente visada, en el libro del especialista en formación, y el centro o unidad donde se haya realizado emitirá el correspondiente informe de evaluación.

4. Las rotaciones por centros que estén previstas en el programa de formación o en la acreditación otorgada al centro o unidad docente en el que se desarrolla serán internas y no conllevarán derecho económico alguno.

#### **Artículo 9. Suspensión del contrato.**

1. El contrato se suspenderá por las causas establecidas en el artículo 45.1 del Estatuto de los Trabajadores, excepto por mutuo acuerdo de las partes y por causas consignadas en el contrato.

2. Dado el carácter esencialmente formativo de esta relación laboral y los rápidos avances de las ciencias de la salud, si el tiempo de la suspensión del contrato resultara superior a dos años, el residente se incorporará en la parte del programa de formación que acuerde la comisión de docencia de la especialidad, aunque ello suponga la repetición de algún período evaluado ya positivamente.

#### **Artículo 10. Excedencias.**

1. Se estará a lo regulado en el artículo 46 del Estatuto de los Trabajadores, con exclusión de la causa prevista en el apartado 2 que no podrá reconocerse en ningún caso.

2. Si el tiempo de excedencia superara los dos años se estará a lo dispuesto en el apartado 2 del artículo anterior.

#### **Artículo 11. Extinción del contrato.**

1. El contrato se extinguirá por las siguientes causas:

a) Por haber obtenido una evaluación anual positiva en el último año de formación y por lo tanto, finalizar el programa de la especialidad correspondiente, sin que proceda indemnización por fin de contrato.

b) Por haber obtenido una evaluación anual negativa, sin que proceda indemnización por fin de contrato.

c) Por haber obtenido una evaluación final negativa, con independencia de que el residente solicite su revisión, sin que proceda indemnización por fin de contrato.

d) Por renuncia voluntaria del residente, de forma explícita o tácita, entendiéndose así cuando se haya autorizado la repetición completa del período formativo y el residente no se incorporara a su inicio o cuando no se incorpore al plan específico de recuperación acordado por el comité de evaluación, sin causa justificada en ambos casos.

e) Por las causas previstas en el artículo 49.1. g), h), i) y j) del Estatuto de los Trabajadores, o porque la autoridad competente retire a la unidad docente la acreditación para la formación de especialistas.

f) Por superación de un período de seis meses de suspensión del contrato motivada por fuerza mayor temporal o causas económicas, técnicas organizativas o de producción.

g) Por despido disciplinario, de acuerdo con lo establecido en el artículo 14.3 de este real decreto.

h) Por jubilación del trabajador.

i) Por muerte, gran invalidez o invalidez permanente total o absoluta del residente, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 48.2 del Estatuto de los Trabajadores.

j) Por decisión de la trabajadora que se vea obligada a abandonar definitivamente su puesto de trabajo como consecuencia de ser víctima de violencia de género.

2. Cuando la extinción se produzca por las causas previstas en los apartados 1. e) f) y j), la Administración sanitaria ofertará a los residentes afectados la posibilidad de continuar su formación como especialistas en otras unidades docentes, suscribiendo nuevos contratos con las entidades titulares de las mismas que darán por válidos los períodos de formación ya realizados y evaluados positivamente en la unidad docente de procedencia.

3. En el supuesto de extinción por despido disciplinario, si éste fuera declarado improcedente por sentencia firme, el residente tendrá derecho a optar entre la readmisión o la indemnización. Si optara por la readmisión, dependiendo del tiempo transcurrido desde que fue despedido y la ejecución de la sentencia, se procederá en la forma prevista en el artículo 9.2 respecto a la incorporación tras la suspensión del contrato.

4. La extinción del contrato supondrá también la de los derechos derivados de la superación de la correspondiente prueba nacional selectiva, por lo que, para acceder a un programa de formación de la misma especialidad o de otra diferente, se exigirá la superación de una nueva prueba, salvo cuando la causa de la extinción no sea imputable al residente.

### CAPÍTULO III Régimen disciplinario

#### Artículo 12. Responsabilidad disciplinaria.

El personal en formación por el sistema de residencia incurirá en responsabilidad disciplinaria por las faltas que cometa.

#### Artículo 13. Clases de faltas.

1. Las faltas disciplinarias pueden ser leves, graves o muy graves.

2. Dadas las características especiales de esta relación laboral, la tipificación de las faltas será la establecida para el personal estatutario sanitario de los servicios de salud en el artículo 72.2, 3, 4 y 5 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, salvo que los convenios colectivos determinen otra cosa.

Lo dispuesto en el párrafo anterior será de aplicación a los residentes que ocupen plazas en unidades docentes acreditadas de centros de titularidad privada, en defecto de regulación en el convenio colectivo aplicable.

3. A efectos disciplinarios no se computarán como faltas de asistencia las citadas en el párrafo segundo del artículo 52.d) del Estatuto de los Trabajadores.

#### Artículo 14. Sanciones.

Salvo que los convenios colectivos establezcan otra cosa, las sanciones correspondientes a las faltas disciplinarias cometidas serán las siguientes:

1. Por faltas leves: apercibimiento.
2. Por faltas graves: suspensión de empleo y sueldo hasta un máximo de dos meses.
3. Por faltas muy graves: despido.

#### Artículo 15. Procedimiento disciplinario.

1. La competencia para la imposición de sanciones disciplinarias corresponde al órgano competente de la institución sanitaria de la que dependa la unidad de docencia.

2. Con carácter previo a la imposición de la sanción, el responsable de la gestión de personal del centro comunicará por escrito al residente la fecha y los hechos que se

consideran incluidos en alguno de los supuestos de incumplimiento previstos en las normas de aplicación y su posible calificación, para que en el plazo de diez días alegue lo que a su defensa convenga.

Cuando se trate de faltas graves o muy graves dará también traslado de este escrito a la comisión de docencia, para que en el plazo de diez días, manifieste su criterio.

3. Recibidas las alegaciones o transcurrido el plazo sin que éstas se produzcan, el órgano competente notificará por escrito al interesado la sanción, la fecha y hechos que la motivaron y su calificación o, en su caso, el sobreseimiento con que ha concluido el procedimiento.

4. El comité de empresa será informado de las sanciones impuestas a los residentes por faltas muy graves.

#### Artículo 16. Prescripción de las faltas.

1. Las faltas leves prescribirán a los diez días; las graves a los veinte días y las muy graves a los sesenta días a partir de la fecha en que el centro tuvo conocimiento de su comisión y, en todo caso, a los seis meses de haberse cometido.

2. La prescripción se interrumpirá con las notificaciones previstas en el apartado 2 del artículo anterior, reanudándose el cómputo pasado el período de diez días establecido para hacer alegaciones.

#### Disposición adicional primera. Retribuciones en la Comunidad Foral de Navarra.

A efectos de lo dispuesto en el artículo 7.1.a) de este real decreto, en la Comunidad Foral de Navarra se tomará como referencia del sueldo base el establecido en el artículo 42.1.a) de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, sin considerar a estos efectos lo previsto en la disposición adicional primera de dicha norma.

#### Disposición adicional segunda. Personal en formación por el sistema de residencia con discapacidad.

1. Con arreglo a lo dispuesto en los artículos 37 y 37 bis de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos, las personas con discapacidad serán admitidas y participarán en condiciones que garanticen el principio de igualdad de trato en los procesos de formación por el sistema de residencia.

2. En el supuesto de que se adjudicara una plaza de residente en formación a una persona con discapacidad, el centro del que dependa la unidad docente correspondiente estará obligado a hacer las obras, adaptaciones y demás ajustes razonables que se precisen para lograr la accesibilidad a todas las actividades del programa formativo, así como a facilitarle las ayudas técnicas necesarias, para lo que podrá solicitar asesoramiento y apoyo al Centro de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT) o a otra entidad pública o privada especializada.

3. Si por motivos arquitectónicos insalvables o graves problemas presupuestarios u otras razones análogas que pudieran suponer una carga excesiva esto no se hiciera, y por lo tanto, la imposibilidad de realizar las actividades a las que obliga el programa formativo se debiera a las condiciones del centro y no a las limitaciones funcionales del residente, no se le podrá declarar no apto en el examen médico preceptivo, y la Administración sanitaria donde se ubique la unidad docente estará obligada a ofertarle otra plaza en una unidad docente que reúna las cualidades que permitan su formación y su integración en las actividades asistenciales en situación de igualdad respecto a los demás residentes de la misma especialidad.

4. Si la discapacidad impide al residente realizar jornadas de trabajo prolongadas, no se disminuirá el número de horas que determina el programa formativo, pero sí se organizarán de forma que tengan los descansos necesarios y apropiados a sus capacidades funcionales.

5. A los efectos de la relación laboral especial regulada en este real decreto, se entiende por personas con discapacidad aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por ciento. En todo caso, se considerarán afectados por una minusvalía en grado igual o superior al 33 por ciento los pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez, y a los pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad.

**Disposición adicional tercera. Condiciones especiales de la jornada laboral.**

El residente tendrá derecho a una organización de su horario de trabajo que, sin suponer una disminución del número anual de horas establecido, le permita realizar jornadas diarias no superiores a doce horas en los siguientes casos:

- a) Durante el embarazo.
- b) Por razones de guarda legal, el residente que tenga a su cuidado directo algún menor de la edad establecida en el artículo 37.5 del Estatuto de los Trabajadores o a una persona con discapacidad física, psíquica o sensorial que no desempeñe una actividad retribuida.
- c) Cuando sea necesario encargarse del cuidado directo de un familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad que, por razones de edad, accidente, enfermedad o discapacidad, no pueda valerse por sí mismo, y que no desempeñe actividad retribuida.
- d) Cuando el residente tenga la guarda y custodia no compartida de un hijo menor de edad.

**Disposición adicional cuarta. Especialidades para la protección integral contra la violencia de género.**

En el supuesto previsto en el artículo 40.3.bis) del Estatuto de los Trabajadores, cuando la residente víctima de violencia de género se vea obligada a abandonar el puesto de trabajo en la localidad donde venía prestando sus servicios, tendrá derecho preferente a que se le asigne otra plaza de residente en formación de la misma titulación y especialidad que esté vacante en otra unidad docente de otra localidad, incluso, de otra comunidad autónoma.

En tales supuestos, la Administración sanitaria estará obligada a comunicar a la residente las vacantes existentes en dicho momento o las que se pudieran producir en el futuro.

Este cambio de unidad docente tendrá una duración inicial de seis meses, durante los cuales el centro de origen tendrá la obligación de reservar la plaza que anteriormente ocupaba la residente trasladada.

Terminado este periodo, la residente podrá optar entre el regreso a su centro de origen o a la continuidad en el nuevo. En este último caso, decaerá la obligación de reserva.

**Disposición adicional quinta. Procedimiento de revisión de las evaluaciones.**

Cuando las evaluaciones anuales o la evaluación final sean negativas y el comité de evaluación considere que no procede recuperación y, por lo tanto, sólo quepa la

extinción del contrato, los afectados podrán solicitar su revisión. También podrán solicitar la revisión de la evaluación final si es positiva pero consideran que la calificación obtenida es desfavorable. Estas revisiones se realizarán mediante los siguientes procedimientos.

1. Revisión de la evaluación anual negativa: Dentro de los diez días siguientes a la publicación de la evaluación, el residente podrá solicitar por escrito su revisión ante la comisión de docencia, que previa citación del interesado, se reunirá dentro de los quince días posteriores a la recepción de la solicitud.

Al acto de revisión el residente podrá acudir acompañado por su tutor. Los miembros de la comisión formularán las preguntas que consideren convenientes y la calificación, que resultará definitiva, se decidirá por mayoría absoluta de sus miembros.

En el caso de que la comisión acuerde una evaluación positiva, se procederá a su publicación en el plazo de cinco días contados desde la fecha de la revisión.

Si el acuerdo fuera mantener la evaluación negativa, en el mismo plazo, la comisión se lo notificará al residente mediante resolución motivada y al gerente del centro para que se proceda a la extinción de la relación laboral.

2. Revisión de la evaluación final negativa: En el supuesto de que la evaluación final sea negativa, en el plazo de diez días desde su publicación, el interesado podrá solicitar su revisión ante la comisión nacional de la especialidad correspondiente. Recibida la solicitud, la comisión fijará una fecha para la realización de una prueba dentro de los treinta días posteriores a la recepción de la solicitud, tras la cual decidirá la calificación por mayoría absoluta de sus miembros.

Si se mantuviera la evaluación negativa, el interesado tendrá derecho a realizar una prueba extraordinaria ante la misma comisión, entre los seis meses como mínimo y un año como máximo a contar desde la prueba anterior. La comisión estará obligada a notificar al interesado la fecha de la prueba con un mes de antelación. La calificación se decidirá también por mayoría absoluta y será definitiva.

3. Revisión de la calificación de la evaluación final positiva: En el supuesto de que la evaluación final sea positiva pero el interesado considere que la calificación le es desfavorable, tendrá derecho a realizar una prueba ante la comisión nacional de la especialidad correspondiente, con la finalidad de mejorar dicha calificación. El procedimiento será el mismo que el previsto para la primera prueba de la revisión de la evaluación final negativa. La decisión de la comisión será definitiva, sin posibilidad de prueba extraordinaria.

**Disposición adicional sexta. Normas específicas para determinadas especialidades médicas.**

Las referencias hechas a las comisiones de docencia se entenderán referidas a las correspondientes comisiones asesoras cuando se traten de especialidades con formación dentro y fuera de los hospitales.

**Disposición adicional séptima. Aplicación de pactos y acuerdos.**

Cuando así se acuerde en la negociación colectiva correspondiente a los ámbitos de representación del personal incluido en este real decreto, los pactos y acuerdos referentes al personal estatutario les serán de aplicación, siempre que sean compatibles con la normativa específica aplicable al personal residente, sin perjuicio de lo que se establezca en la legislación de representación del personal al servicio de las administraciones públicas.

**Disposición adicional octava. Especialistas en formación miembros de las Fuerzas Armadas.**

Este real decreto no será de aplicación a los especialistas en formación miembros de las Fuerzas Armadas, que se formen tanto en plazas de la red sanitaria militar como del resto de la red sanitaria, a los que les seguirá siendo de aplicación su normativa específica.

**Disposición transitoria primera. Aplicación progresiva de la jornada máxima.**

De acuerdo con lo establecido en la disposición transitoria primera de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, la limitación del tiempo de trabajo legalmente establecida para el personal sanitario estatutario de los servicios de salud, sumando la jornada ordinaria y la jornada complementaria, se aplicará progresivamente al personal residente, tanto de los centros públicos como de los privados acreditados para la docencia, en los siguientes períodos:

- Jornada máxima de 58 horas semanales de promedio en cómputo anual hasta el 31 de julio de 2007.
- Jornada máxima de 56 horas semanales de promedio en cómputo semestral, entre el 1 de agosto de 2007 y el 31 de julio de 2008.
- A partir del 1 de agosto de 2008 la jornada máxima será de 48 horas semanales de promedio en cómputo semestral.

**Disposición transitoria segunda. Aplicación gradual del sistema retributivo.**

1. La aplicación de lo dispuesto en el artículo 7.1 y 2 se efectuará, por parte de los servicios de salud de las comunidades autónomas, de manera gradual, teniendo en cuenta la diferencia existente entre las cuantías que perciban los residentes y las establecidas en dicho artículo.

Esta aplicación gradual se llevará a cabo de la siguiente forma:

- Un 25 por ciento de la indicada diferencia a partir de la entrada en vigor de este real decreto, con efectos retroactivos desde el 1 de enero de 2006.
- Un 25 por ciento a partir del 1 de enero de 2007.
- El 50 por ciento restante a partir del 1 de enero de 2008.

2. La aplicación progresiva, a la que se refiere el apartado anterior, no podrá implicar, en ningún caso, una retribución inferior a la que el residente viniera percibiendo actualmente.

A estos efectos, las comunidades autónomas podrán modificar los porcentajes previstos en el apartado anterior.

3. Si las retribuciones percibidas por los residentes contratados por entidades privadas titulares de unidades docentes acreditadas para impartir formación fueran inferiores a las establecidas en el artículo 7.4, podrán aplicarse gradualmente las nuevas cuantías en la forma indicada en los apartados anteriores de esta disposición transitoria, sin perjuicio de lo establecido en el convenio colectivo aplicable.

**Disposición transitoria tercera. Normas específicas para las especialidades de enfermería.**

Hasta tanto se desarrollem las previsiones contenidas en el artículo 1.2.c) y en la disposición adicional cuarta del

Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería, se aplicarán las siguientes normas:

1. Las referencias hechas a las comisiones de docencia, en el caso de las especialidades de enfermería, se entenderán realizadas al comité de evaluación, en tanto en cuanto no se creen las citadas comisiones de docencia.

2. El comité de evaluación estará integrado por el coordinador de la unidad docente, el tutor del residente y un enfermero especialista que preste servicios en la correspondiente unidad.

3. La evaluación se efectuará utilizando las calificaciones de suficiente, destacado o de excelente, cuando la evaluación sea positiva o de no apto cuando fuera negativa.

4. La prórroga de recuperación que se prevé en el artículo 3.3 será de un mes en las especialidades cuya duración sean de un año y de dos meses en aquellas cuyo programa formativo sea de duración superior.

5. La revisión de las evaluaciones anuales negativas no recuperables a la que se refiere el apartado primero de la disposición adicional quinta, se llevará a cabo ante la comisión nacional de la especialidad. A estos efectos se incrementará a un mes el plazo de quince días previsto en el párrafo primero del citado apartado.

**Disposición transitoria cuarta. Principio de condición más beneficiosa.**

Se mantendrán aquellos derechos adquiridos por los residentes que hubieran accedido a la formación especializada por el sistema de residencia con anterioridad a la entrada en vigor de este real decreto, siempre que para ellos supongan condiciones más beneficiosas.

**Disposición derogatoria única. Derogación normativa.**

1. Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en este real decreto y, en particular, el artículo 9.5 y 6 de la Orden de 24 de junio de 1998, por la que se desarrolla el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, sobre la obtención del título de enfermero especialista.

3. A la entrada en vigor de este real decreto, será efectiva la derogación de la Ley 24/1982, de 16 de junio, sobre prácticas y enseñanzas sanitarias especializadas, de conformidad con lo establecido en el apartado 2 de la disposición derogatoria única de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre.

**Disposición final primera. Habilitación competencial.**

Este real decreto se dicta al amparo de lo establecido en el artículo 149.1.7.<sup>a</sup> de la Constitución, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en legislación laboral, sin perjuicio de la ejecución por los órganos de las comunidades autónomas.

**Disposición final segunda. Entrada en vigor.**

El presente real decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Dado en Madrid, el 6 de octubre de 2006.

JUAN CARLOS R.

La Vicepresidenta Primera del Gobierno  
y Ministra de la Presidencia,  
MARIATERESA FERNÁNDEZ DE LA VEGA SANZ

## **10. ANEXO III**

### **PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DEL SERVICIO DE CGD**

1. El horario de trabajo en horario de mañanas comienza a las 8h y finaliza a las 15h.
2. El horario de trabajo en jornadas de tarde comienza a las 15 h y finaliza cuando cese la actividad programada.
3. El horario de consultas comienza a las 9 h, salvo excepciones, y finaliza cuando cese dicha actividad.
4. La duración de la guardia es de 15 a 8h del día siguiente, salvo ajuste en días festivos y sábados (se cambia la guardia a las 9:30 h). Los dos facultativos de guardia asumirán habitualmente la atención de casos urgentes en horario de 8 a 15 h, salvo excepciones por razones de servicio. La duración de la guardia en sábados y festivos es de 24 h.
5. La tarea asignada en el cronograma semanal debe ser realizada por el facultativo al que se le asigne. La solicitud de cambios debe ser comunicada al Jefe de Servicio.
6. El horario de comienzo de la actividad de quirófano en jornada de mañana comienza a las 8:15 h.
7. Los partes de quirófano serán realizados junto con la supervisora de la unidad de hospitalización diariamente. Deberá revisarse la historia clínica, cumplimentarse el parte de quirófano, el tratamiento, el consentimiento informado si no lo estuviese y las peticiones por parte de anestesia.
8. El consentimiento informado de cada paciente será cumplimentado en la consulta por el facultativo que indique la intervención quirúrgica (nombre del paciente, teléfono, firma y DNI).
9. Los informes deben ser realizados el día asignado en el cronograma semanal por el facultativo designado para dicha tarea, procurando evitar retrasos innecesarios en su ejecución.
10. La formación y supervisión de tareas de los MIR del servicio y de los rotantes de otras especialidades es responsabilidad de todos los facultativos del servicio.
11. Las carpetas de CMA se utilizarán exclusivamente para pacientes programados en CMA en jornada de mañana o de tarde.
12. En ausencia del Jefe de Servicio sus funciones serán asumidas por un Jefe de Sección o el facultativo que se designe.
13. La asistencia a las sesiones del servicio es obligatoria salvo realización de otras tareas en el mismo horario.

Fdo: Jesús Martín

V<sup>a</sup> Bº José Antonio Rubio

Jefe de Servicio

Director Médico

### **CRONOGRAMA**

**Un ejemplo de la distribución semanal de tareas realizada por el jefe de servicio incluyendo los adjuntos y residentes.**

Servicio de Cirugía General y del Ap. Digestivo			Semana del 16 al 20 Mayo				
	GUARDIA	QUIRÓFANO	CONSULTA		HOSPITALIZACIÓN	VARIOS	
<b>LUNES</b> <b>16</b>	Ma,Pa,Ga	5	----		CG Ca	3 <sup>a</sup> Cu, Ma, Pa, Ar, Cz, Ga, Pd	Informes Cz
	Libre: J,Me,Ga,R,Go,	6	Mz,P,Mñ		UM E		Partes Cu
	Ru,Md,M,V,Cr	T	Pd,V			4 <sup>a</sup> /perifericos Ar,Cz	Interconsulta Pd,S
<b>MARTES</b> <b>17</b>	V,Cz,Ru	5	E,Go,Mñ G-T		CG Cr	3 <sup>a</sup> Ca,P,V,Cz	Informes Ca
	Libre: Ma,Pa,Md,R,	6	Cu,Pd,Ar,S		CE J		Partes P
	Ga	T	M,Cr,Ca		ONC Mz	4 <sup>a</sup> /perifericos Ca,P	Interconsulta Ca
<b>MIÉRCOLES</b> <b>18</b>	Pa,Pd,Ga	5	Mz,Me,S		CG Ca	3 <sup>a</sup> Cr,Cu,Pa,Pd,Ga,P	Informes Cr
	Libre: V,Cz,Md,R,Ru	6	M,Me,J,Mñ		UM Go Daimiel Ar		Partes Cu
		T	Go,P / 5 Prolon S, Cu		OM E	4 <sup>a</sup> /perifericos P,Cu	Interconsulta P
<b>JUEVES</b> <b>19</b>	Ma,Mz,S	5	Ar,Go,Ru		CG Ca	3 <sup>a</sup> Cr,J,Me,Mz,S	Informes Cr
	Libre: Pa,Pd,Cu,R,	6	M,Me,V,Mñ		CE E C.Genética		Partes J
	Md,Cz,Ga	T	J,Me,E		CG P	4 <sup>a</sup> /perifericos E,J	Interconsulta Cr
<b>VIERNES</b> <b>20</b>	E,Ar,Mñ	5	Pd,Cu, Ru	2 Pa,Me	CG Ca	3 <sup>a</sup> J,E,Ar,Mñ	Informes J
	Libre: Ma,Mz,Cr,Cz, Md,R,S	6	M,V,Ga		UM P		Partes Ar
		T			CG/CE Go	4 <sup>a</sup> /perifericos Ar,J	Interconsultas J

**LEYENDA**

**Ar:** Dra. Arjona

**Ma:** Dr. Martínez

**B:** Dr. Bertelli

**Me:** Dr. Menchén

**Cz:** Dr. Cruz

**Mñ:** Dra. Muñoz

**Ca:** Dr. Camarena

**Mz:** Dra. Manzanares

**Cr:** Dr. Crespo

**P:** Dr. Perez-Sauquillo

**Cu:** Dr. Cubo

**Pa:** Dr. Pardo

**E:** Dra. Estaire

**Pd:** Dr. Padilla

**G:** Dra. Gil

**Ru:** Dr. Ruescas

**Ga:** Dra. García

**S:** Dra. Sánchez

**Go:** Dra. Gil-Olarte

**V:** Dr. Villarejo

**J:** Dr. Jara

**Vi:** Dra. Vitón

**M:** Dr. Martín

**Va:** Dr. Valle

## 11. ANEXO IV

### EVALUACIÓN ANUAL DEL RESIDENTE

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA  
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO



FICHA 2  
HOJA DE EVALUACIÓN ANUAL DEL RESIDENTE  
AÑO LECTIVO 20--/20--

APELLIDOS Y NOMBRE: <i>(Handwritten)</i>	NACIONALIDAD:	DNI/PASAPORTE:
CENTRO:	TITULACIÓN: <i>(Handwritten)</i>	ESPECIALIDAD:
		AÑO RESIDENCIA:

PERMANENCIA EN EL CENTRO

VACACIONES REGLAMENTARIAS	DE:	A:
PERIODOS DE BAJA		

NOTA 1. ROTACIONES

CONTENIDO	UNIDAD	CENTRO	DURACIÓN	CALIFICACIÓN (1)	CAUSA E. NEG (3)

NOTA 2. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

CONTENIDO	TIPO DE ACTIVIDAD	DURACIÓN	CALIFICACIÓN (2)	CAUSA E. NEG (3)
SESIONES CLÍNICAS				
CONGRESOS				

NOTA 3. INFORMES JEFES ASISTENCIALES

CALIFICACIÓN (2)	CAUSA E. NEG (3)

CALIFICACIÓN EVALUACIÓN ANUAL

MEDIA ROTACIONES + A.C. (SI PROCEDE) + INF. (SI PROCEDE)


CAUSA DE EVALUACIÓN NEGATIVA

--

En Ciudad Real a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.  
Sello de la Institución.

	<p>EL JEFE DE ESTUDIOS <i>Edo: Francisco Rivera Hernández.</i></p>