

DEPARTAMENTO DE SALUD DE CASTELLÓN

Servicio que lo presenta	Cirugía general y aparato digestivo
Fecha de elaboración	Junio-2014
Fecha de revisión	Mayo 2015, mayo 2016, mayo 2017, mayo 2018, marzo 2019, abril 2020 Marzo 2021

Autor/es	Carácter con que actúan
José Manuel Laguna Sastre	Tutor de MIR de S ^o de cirugía general y AD
Rebeca Cosa	Tutor de MIR de S ^o de cirugía general y AD
Karina Maiocchi	Tutor de MIR de S ^o de cirugía general y AD
Laura Granel Villach	Tutor de MIR de S ^o de cirugía general y AD
Raquel Queralt Martín	Tutor de MIR de S ^o de cirugía general y AD

Servicios implicados en la Guía	Consensuado
Cirugía general y aparato digestivo	Si
Comisión de Docencia	SI

Gestión de modificaciones	Fecha: Marzo 2021

Vº Bº

Coordinador de tutores MIR y Jefe de Servicio de Cirugía general y aparato Digestivo

Fdo. José Manuel Laguna Sastre

GUÍA/ITINERARIO FORMATIVO DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLON



Elaboración:

**José Manuel Laguna Sastre
Rebeca Cosa
Karina Maiocchi
Laura Granel Villach
Raquel Queralt Martín**

**TUTORES DE MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES
MARZO 2021**

INDICE.-	PAG
1.- INTRODUCCIÓN	3
2.- UNIDAD DOCENTE DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	5
2.1 Estructura física y organización del servicio	5
2.2 Cartera de Servicios	5
3. PROGRAMA FORMATIVO OFICIAL del especialista en Cirugía general y aparato digestivo	10
3.1 Definición de la especialidad	10
3.2 Objetivos docentes	10
3.3 Resumen de los contenidos del programa	11
4.- GUÍA O ITINERARIO FORMATIVO DEL RESIDENTE DE Cirugía general y aparato digestivo HGUCS	13
4.1 Competencias generales a adquirir durante la formación	13
4.2 Plan de rotaciones	13
4.3 Competencias específicas en SCGAD	16
4.3.1 MIR 1º año	
4.3.2 MIR 2º año	
4.3.3 MIR 3º año	
4.3.4 MIR 4º año	
4.3.5 MIR 5º año	
4.4 Competencias específicas por rotación en otros servicios o unidades	27
4.5 Rotaciones Externas recomendadas y sus competencias	30
4.6 Niveles de complejidad y responsabilidad	31
5.- ATENCIÓN CONTINUADA Y GUARDIAS	31
6.-ACTIVIDAD DOCENTE	
6.1 Sesiones clínicas	32
6.2 Cursos de formación	34
6.3 Textos y revistas recomendados	36
7.- ACTIVIDAD INVESTIGADORA	
7.1 Participación en proyectos de investigación	38
7.2 Presentación de comunicaciones a congresos	39
7.3 Elaboración de publicaciones científicas	39
8.- EVALUACIÓN Y CONTROL DEL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN	39
8.1 Evaluación continuada o formativa	40
8.1.1 Entrevistas/tutorías	
8.1.2 El libro del residente	
8.1.3 Otros instrumentos de evaluación docente	
8.2 Evaluación sumativa	42
8.2.1 Evaluación anual	
8.2.2 Evaluación final	

1.- INTRODUCCIÓN

A continuación se describen los aspectos formativos de especialistas en formación para la especialidad de cirugía general y aparato digestivo en el **Servicio de cirugía general y aparato digestivo (SCGAD) del HOSPITAL General Universitario de Castellón (HGU CS)**.

El SCGAD tiene una larga tradición en formación de médicos especialistas anterior incluso a la implantación del sistema MIR a principios de la década de los 80 del pasado siglo. Han sido muchos los especialistas formados en este servicio que, actualmente, prestan sus servicios en diferentes lugares de España, aunque la mayoría de ellos permanecen en diferentes centros de Castellón y del resto de la Comunidad Valenciana.

En el momento actual, el servicio tiene capacidad docente para la formación de DOS médicos especialistas por año, lo que supone un total **de 10 médicos en formación con actividad continua en el servicio** con la ocupación total de las plazas. Con fecha Mayo del 2019, previa solicitud realizada por parte del servicio y del hospital, se concedió por parte del Ministerio de Educación y ciencia una plaza formativa anual más (hasta ese momento solamente había una acreditada) con lo que a partir del pasado año 2020 el servicio tiene la capacidad de formar dos médicos residentes por año.

Por Resolución de 15 de julio de 1986, la Secretaria 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.

La guía que se presenta se basa en el Programa Formativo de la especialidad de Cirugía general y aparato digestivo actualmente vigente del Ministerio de Sanidad publicada en:

ORDEN SCO/1260/2007, de 13 de abril, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo. (BOE nº 110 del 8 de Mayo de 2007)

La elaboración de la presente guía formativa ha tenido en cuenta las recomendaciones de este programa respetándolas al máximo pero adaptándolas a la

situación y el entorno particular del servicio de Cirugía general y aparato digestivo y al Hospital General Universitario de Castellón.

Los principales supervisores, mediadores y guías de la formación de los médicos especialistas son los tutores respectivos de cada especialidad, en este caso los que hemos elaborado y consensuado esta guía. Son ellos los interlocutores entre el médico en formación y los otros facultativos del servicio y/o del Hospital. El tutor es la persona que va a acompañar al residente en su evolución formativa, de forma presencial o de forma referencial, será quien le ayude a encontrar las soluciones de los problemas y coordinará su proceso de aprendizaje. Al inicio de la formación como especialista en nuestro servicio el nuevo Médico residente mantendrá una entrevista con el jefe de Servicio y los tutores en donde se le explicarán las cuestiones más importantes y se le aportará esta **guía formativa y el documento de acogida al servicio**, complementario a la misma. En los dos documentos se recoge toda la información necesaria para que el médico en formación inicie su andadura en su proceso formativo por el servicio.

Esperamos que esta guía sea de utilidad a todos los futuros médicos residentes de nuestro servicio.

Fdo.

Rebeca Cosa Rodríguez
Karina Maiocchi
Laura Granel Villach
Raquel Queralt Martín

Tutores MIR

José Manuel Laguna Sastre

Jefe de Servicio CGAD

2.- UNIDAD DOCENTE DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO.

2.1 ESTRUCTURA FÍSICA Y ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO

Junto a este documento se hará entrega al nuevo médico residente del documento de acogida al SCGAD del Hospital General Universitario de Castellón. En él se explican detalladamente la estructura del hospital y del servicio, los recursos humanos y materiales, incluyendo un listado con la plantilla actualizada del servicio, así como la organización del trabajo dentro del mismo. Este documento es actualizado año a año.

2.2 CARTERA DE SERVICIOS.

Tal y como se expresa en el documento de acogida el servicio se estructura en diferentes unidades funcionales que trabajan de forma integrada en el servicio pero con independencia organizativa y asistencial. A continuación se muestra la cartera de servicios de cada una de las unidades y al final de las mismas la cartera de servicios no asignada de forma específica a ninguna unidad y común a todo el servicio.

Unidad funcional de cirugía colo-rectal:

- **Procedimientos diagnósticos (exploración coloproctológica)**
 - Anuscopia
 - Biopsia coloproctológica
 - Biopsia rectal
 - Ecografía endorrectal y endoanal
- **Procedimientos terapéuticos**
 - Tratamiento de la patología colorrectal aguda
 - Tratamiento de la perforación de colon (laparotomía y laparoscopia)
 - Tratamiento de perforación intraperitoneal de colon
 - Tratamiento de absceso intraperitoneal
 - Tratamiento de peritonitis difusa o localizada
 - Tratamiento de perforación extraperitoneal de colon
 - Tratamiento de la obstrucción de colon
 - Tratamiento de obstrucción aguda de colon por tumor
 - Tratamiento quirúrgico/ tratamiento con stent
 - Tratamiento de obstrucción de colon por vólvulo
 - Tratamiento endoscópico, stent o quirúrgico
 - Tratamiento de la Invaginación ileo-cólica
 - Desinvaginación colonoscópica o mecánica (enemas)
 - Tratamiento quirúrgico
 - Tratamiento de la obstrucción por fecaloma o cuerpos extraños
 - Tratamiento de la patología vascular mesentérica arterial o venosa
 - Tratamiento del megacolon tóxico
 - Tratamiento de las fístulas intestinales (E. de Crohn u otros)
 - Enteroviscerales, enteroentéricas o enterocutáneas
 - Tratamiento de traumatismos colorrectales
 - Tratamiento de las Contusiones colorrectales y de las lesiones asociadas
 - Tratamiento de las heridas colorrectales y lesiones causadas por cuerpo extraño
 - Tratamiento de las lesiones causadas por abusos sexuales y manejo de sus implicaciones Médico-Legales
 - Tratamiento de las lesiones colorrectales causadas por radiaciones ionizantes
 - Tratamiento de las estenosis colorrectales postraumáticas
 - Tratamiento de hemorroides
 - Hemorroidectomías quirúrgicas, ligadura con banda elástica, electrocoagulación, Rectopexia circular de Longo
 - Esfinterotomía lateral interna

- Tratamiento de prolapso rectal
- Tratamiento de fisura anal
 - Esfinterotomía lateral interna, infiltración anestésica
- Tratamiento de abscesos, fístulas, hidrosadenitis perianales
 - Drenaje de absceso perianal
 - Dilatación anal para tratamiento de absceso o fístula perianal
 - Excisión de fístula perianal , fistulectomías (Parks o similares), Técnica de Seton
 - Reparaciones plásticas
- Tratamiento de sinus pilonidal
 - Drenaje de absceso pilonidal, exéresis con o sin procedimientos plásticos
- Tratamiento de condilomas anales
 - Extirpación de condilomas, quimiolisis y aplicación de nitrato de plata o similares
 - Extirpación y reconstrucción plástica perineal
- Tratamiento de fístulas rectovaginales y rectovesicales
 - Reparación local de fístula
 - Interposición de colgajo de deslizamiento
 - Reparación transabdominal : resección intestinal; resecciones uro-ginecológicas
- Tratamiento de la incontinencia anal
- Tratamiento de la ulcera solitaria de recto
- Tratamiento del cáncer colorrectal y del canal anal (laparotomía y laparoscopia)
 - Resecciones segmentarias de Colon
 - Hemicolectomías
 - Resección colorrectal anterior y anterior baja
 - TaTMe
 - Amputación colorrectal abdómino-perineal
 - Resecciones colorrectales ampliadas a órganos vecinos/ exenteración pélvica
 - Tratamiento de Metástasis del Cáncer colorrectal en hígado o pulmón
 - Tratamiento de las situaciones Urgentes del cáncer colorrectal (Obstrucción, perforación, hemorragia...)
 - Operación de Hartmann , lavado intraoperatorio, colectomía subtotal
 - Otras operaciones asociadas
 - Ileostomía, cecostomía, colostomía
- Programa de seguimiento del cancer colorrectal
- Tratamiento de pólipos y poliposis de colon
 - Resección polipoidea
 - Quirúrgica (Laparotomía o laparoscopia)
 - Proctocolectomía (laparotomía o laparoscopia)
 - Con o sin anastomosis ileo anal / reservorio
 - Estudio de implicaciones familiares de la poliposis familiar
- Tratamiento de la E. Inflamatoria Intestinal
 - Tratamiento de la Patología de los reservorios intestinales
 - Conversión de reservorios
 - Tratamiento del Megacolon tóxico
 - Manejo de la Hemorragia en la colitis ulcerosa
 - Estricturoplastias en la enfermedad de Crohn
 - Resecciones intestinales segmentarias
 - Fístulas internas y externas enterocutáneas y/o enteroviscerales
 - Enfermedad perianal
- Tratamiento de la E. Diverticular del colon (laparotomía y laparoscopia)
 - Colectomías
 - Tratamiento de las situaciones agudas: hemorragia o perforación
- Tratamiento quirúrgico del estreñimiento
- Tratamiento de la patología del suelo pélvico

Unidad funcional de cirugía mamaria:

- **Procedimientos diagnósticos**
 - Biopsia con Tru-cut o PAAF
 - Estudios sobre la pieza operatoria
 - Estudio anatomopatológico estándar, receptores hormonales, marcadores tumorales y factores pronósticos
 - Estudio intraoperatorio de ganglio centinela
 - Estudio de las lesiones mamarias no palpables
 - Biopsia radioquirúrgica

- Biopsia guiada por arpón esterotáxico
 - **Procedimientos terapéuticos**
 - Tratamiento de las enfermedades congénitas de la mama
 - Extirpación quirúrgica de
 - Politelia y/o polimastia
 - Tratamiento de las infecciones de la mama
 - Mastitis Agudas
 - Drenaje de Mastitis puerperal, mastitis bacterianas y abscesos mamarios
 - Mastitis Crónicas
 - Cirugía radical de las mastitis crónica subareolar recidivante , mastitis crónicas o fístulas mamarias
 - Tratamiento de la patología benigna de la mama
 - Displasias mamarias
 - Tratamiento de la Mastopatía macroquística
 - Tumores y lesiones benignas
 - Fibroadenoma , Tumor Phyllodes
 - fibrosis, adenosis y otras lesiones benignas
 - Papilomas, Lipomas, Hemartomas, Otros
 - Tratamiento del cáncer de mama
 - Cirugía diagnóstica y terapéutica de las lesiones mamarias no palpables
 - Cirugía de las lesiones mamarias palpables
 - Cirugía conservadora
 - Cuadrantectomía / tumorectomía
 - Mastectomía
 - Mastectomía simple o subcutánea más prótesis inmediata simple
 - Mastectomía total o parcial más biopsia selectiva de ganglio centinela
 - Mastectomía radical modificada, clásica o ampliada
 - Linfadenectomía axilar
 - Cirugía la disforia de género

En colaboración con el servicio de Cirugía Plástica del Hospital provincial de Castellón se realiza también la cirugía preventiva de cáncer de mama en pacientes de riesgo (riesgo genético) mediante mastectomía bilateral y reconstrucción mamaria inmediata y cirugía reconstructiva inmediata en casos determinados.

Unidad funcional de cirugía esófago-gástrica y UMCOAP:

Abordaje por vía abierta o cirugía laparoscópica según patología y pacientes.

- Tratamiento de los trastornos funcionales esofágicos, acalasia y de divertículos esofágicos.
- Cirugía del reflujo gastroesofágico patológico.
- Cirugía de los tumores esofágicos benignos y malignos (carcinoma epidermoide y adenocarcinoma de esófago).
- Cirugía de las Hernias diafragmáticas.
- Cirugía de la enfermedad ulcerosa gastroduodenal.
- Cirugía del cáncer de estómago. Estadificación laparoscópica en casos avanzados.
- Cirugía de tumores estromales: sarcomas, GIST...
- Cirugía del reflujo alcalino.
- **Cirugía intra-abdominal oncológica compleja (UMCOAP) en colaboración con Sº de ginecología y obstetricia. Unidad actualmente acreditada por la Consellería de Sanitat.**

Unidad funcional de cirugía hepato-bilio-pancreática:

- Abordaje selectivo de algunas patologías por vía laparoscópica. Ultrasonografía intraoperatoria.
- Cirugía hepática: quistes hepáticos (simples, hidatídicos...), tumores benignos (angioma, hiperplasia nodular focal, adenoma...), tumores malignos primarios (hepatocarcinoma, colangiocarcinoma) y metastásicos.
- Cirugía de vesícula biliar y vía biliar: coledocolitiasis, colangitis, lesiones iatrogenas de vía biliar, tumores de vía biliar.
- Cirugía pancreática: pancreatitis aguda y crónica, tumores pancreáticos, malformaciones pancreáticas.
- Cirugía esplénica: trastornos hematológicos, quistes y tumores esplénicos.
- Cirugía de la hipertensión portal

Unidad funcional de cirugía de pared abdominal

Cirugía de la hernia inguinal y femoral

Cirugía ambulatoria (CMA)

Cirugía bilateral

Técnicas laparoscópicas

Cirugía de los tumores de pared abdominal

Cirugía de otras hernias abdominales:

Hernia de Spieguel

Hernia obturatriz

Hernia lumbar

Hernia umbilical y de la línea media

Cirugía de la eventración

Técnica abierta

Técnica laparoscópica
Cirugía de la eventración periestomal
Cirugía de la eventración compleja
Técnica de Rives

Técnica de Welti
Separación anatómica de componentes
Colgajos mio-cutáneos
Cirugía de colgajos y lipodistrofias abdominales

Unidad funcional de cirugía endocrinológica y cirugía bariátrico-metabólica

Manejo multidisciplinar de toda la patología endocrinológica

Cirugía Tiroidea:

Cirugía del Bocio multinodular, nódulos
y quistes tiroideos
Cirugía del Cáncer de tiroides
Cirugía regional cervical del cáncer tiroideo y
su recidiva
Manejo multidisciplinar del cáncer tiroideo
Cirugía del Hipertiroidismo
Monitorización intraoperatoria de nervios
laríngeos (en casos seleccionados)
Cirugía tiroidea por cervicoscopia (casos seleccionados)

Cirugía paratiroidea:

Cirugía del Hiperparatiroidismo primario y secundario
Cirugía convencional
Cirugía mínimamente invasiva
Cirugía paratiroidea por cervicoscopia
Criopreservación de tejido paratiroideo
Determinación intraoperatoria de PTH
Cirugía del cáncer paratiroideo

Cirugía de la patología del conducto tirogloso

Quiste, fístula y cáncer

Cirugía de otras patologías cervicales:

Quistes y fístulas branquiales
Linfangiomas quísticos y otros tumores
Disecciones cervicales ganglionares

Cirugía de Glándulas Adrenales:

Síndrome y enfermedad de Cushing
Síndrome de secreción ectópida de ACTH
Feocromocitoma
Adenomas
Aldosteronoma
Cáncer suprarrenal
Mielolipomas
Incidentaloma adrenal y otros tumores

Cirugía de los Síndromes endocrinos múltiples

Tiroidectomía profiláctica y terapéutica
Adrenalectomía
Paratiroidectomía

Cirugía de los tumores neuroendocrinos

Tumor carcinoide, Insulinoma, Vipoma, glucagon

Cirugía bariátrica y metabólica

Enfoque terapéutico multidisciplinar del paciente obeso

Preparación preoperatoria del paciente obeso

Técnicas quirúrgicas simples o restrictivas

Gastrectomía vertical (Sleeve)

Técnicas quirúrgicas mixtas o complejas (restrictivas y malabsortivas)

By pass gástrico

Derivaciones bilio pancreáticas

Otras técnicas quirúrgicas (Cruce duodenal, Sadi-s, Mini By pass gástrico...)

Cirugía de revisión y de complicaciones

Complicaciones post Banda gástrica

Cirugía por reganancia ponderal

Cirugía de complicaciones quirúrgicas

Cirugía de complicaciones metabólicas

Cirugía de contorno corporal

Todas las técnicas quirúrgicas se realizan tanto por vía laparoscópica (de elección) como por vía laparotómica.

Otras técnicas diagnósticas o terapéuticas

Tratamiento quirúrgico e integral de los sarcomas de partes blandas

Tratamiento quirúrgico del melanoma y otros tumores cutáneos

Tratamiento quirúrgico de las infecciones de partes blandas

Tratamiento quirúrgico de las heridas por mordedura y asta de toro

Tratamiento quirúrgico del neumotórax y la patología torácica quirúrgica de poca complejidad
Tratamiento quirúrgico de la patología de intestino delgado
Tratamiento quirúrgico y manejo multidisciplinario del traumatismo abdominal
Tratamiento quirúrgico y manejo multidisciplinario del traumatismo torácico hasta cierto nivel de complejidad
Tratamiento y manejo multidisciplinario de las complicaciones de pacientes intervenidos
Colocación de catéteres intraperitoneales en insuficiencia renal crónica

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

El acceso al programa completo de la especialidad puede realizarse desde el siguiente link:

<https://www.boe.es/boe/dias/2007/05/08/pdfs/A19864-19873.pdf>

A continuación se resumen los aspectos más importantes del mismo.

3.1. DEFINICIÓN DE LA ESPECIALIDAD

La definición de la especialidad de CGAD abarca tres vertientes de 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, del 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 de la patología quirúrgica urgente de Cirugía Vasculard, Cirugía Torácica, Urología, Neurocirugía, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Pediátrica y Cirugía Plástica.

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.

3.2. OBJETIVOS DOCENTES.

Tal como establece el programa formativo de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo en el apartado 4: "Objetivos generales de la formación", el primero al que se hace referencia es precisamente *"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"*.

Otro de los objetivos, es *"orientar al Residente, hacia alguna de las áreas de capacitación"* o de interés, definidas para la especialidad de CGAD.

El tercer objetivo y no menos importante, es *"la formación adecuada del residente en investigación con el fin de que adquiera una mentalidad crítica y abierta, ... y contribuir al progreso de la ciencia médica"*.

3.2 RESUMEN DEL CONTENIDO DEL PROGRAMA.

El programa de la especialidad incluye los Contenidos específicos de la propia especialidad (consultar el programa) y aquellos contenidos o conocimientos transversales comunes a todas las especialidades médicas y necesarios para la formación completa del médico residente entre los que destacan: Conocimientos en metodología de investigación, conocimientos de bioética y conocimientos de gestión clínica y calidad asistencial. El programa define los objetivos a alcanzar tanto en conocimientos específicos de la especialidad como en conocimientos transversales. Dentro de los conocimientos propios de la especialidad la docencia implica dos aspectos fundamentales:

- **La formación teórica**
- **La adquisición de destrezas y habilidades propias de la actividad asistencial tanto médica como quirúrgica.** El programa define las actividades que el médico debe realizar en el área de hospitalización, en el de consultas externas, en el área quirúrgica y en la atención continuada y de urgencias.

En el programa se definen también otros aspectos tales como la recomendación de la mejora de la formación en inglés, aspectos relacionados con la investigación y la docencia y los objetivos a alcanzar en cada una de las rotaciones externas.

El programa incluye un baremo orientativo para definir el grado de complejidad de las intervenciones quirúrgicas que se realizan en el entorno de la especialidad y los niveles de responsabilidad progresiva que debe asumir el médico residente a lo largo de su formación.

El programa define el sistema de rotaciones tanto por otros servicios o unidades como dentro del mismo servicio y sus unidades funcionales. Obliga a la rotación para la formación en Protección radiológica y por atención primaria.

Por último, en los anexos al programa se incluye un listado con el número recomendable y orientativo de intervenciones que el médico residente debe haber realizado al final de su periodo de residencia tanto como cirujano que como ayudante, tal y como se muestra a continuación.

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.

Hepatobiliopancreática:

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.

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

4.1 COMPETENCIAS GENERALES A ADQUIRIR DURANTE LA FORMACIÓN

El objetivo general es que el médico residente adquiera una formación completa y lo más adecuada posible al planteamiento general del programa de la especialidad y a sus objetivos docentes generales contemplados en el apartado anterior. Estos objetivos se aplican no sólo a la actividad asistencial sino también a la docente e investigadora.

4.2 PLAN DE ROTACIONES

Las rotaciones tanto por diferentes unidades o servicios del departamento de Castellón o de otros departamentos que realizan los médicos residentes del SCGAD siguen el plan general que se muestra en la siguiente tabla. En este momento existen en el servicio las siguientes unidades funcionales que realizan su trabajo con independencia casi total:

- Cirugía coloproctológica
- Cirugía hepatobiliopancreática
- Cirugía endocrino-bariátrica-metabólica
- Cirugía de pared abdominal
- Cirugía de la mama
- Cirugía esofagogástrica y UMCOAP

Cada una de ellas ingresa a los pacientes en los dos controles de enfermería de la planta 5ª (A Y B): según la siguiente distribución:

CONTROL 5ª A	CONTROL 5ª B
Cirugía coloproctológica	Cirugía de pared abdominal
Cirugía hepatobiliopancreática	Cirugía de la mama
Cirugía endocrino-bariátrica-metabólica	Cirugía esofagogástrica y UMCOAP

La supervisión de la rotación de cada MIR será realizada por cada uno de los tutores. El plan general de rotaciones por las diferentes unidades del servicio y por unidades externas se muestra en la siguiente tabla:

	R1A	R1B	R2A	R2B	R3	R4	R5
junio 2021			Endocrino	Mama	EG	Colon	HPB
julio 2021	Mama	Endocrino	Pared	Uci	EG	Colon	HPB
agosto 2021	Mama	Endocrino	Pared	Uci	Endocrino	Colon	HPB
sept 2021	Mama	Familia	Pared	Anestesia	Plástica	Colon	EG
octubre 2021	Pared	Mama	HPB	Rayos	Torácica	Colon	EG
nov 2021	Pared	Mama	HPB	Colon	Torácica	Vascular	EG
dic 2021	Pared	Mama	HPB	Colon	Pared	Vascular	Endocrino
enero 2022	Familia	UCI	HPB	Colon	Pared	EG	Endocrino
febrero 2022	Anestesia	UCI	Rayos	HPB	Pared	EG	Endocrino
marzo 2022	Endocrino	Pared	EG	HPB	Mama	TH H. La Fe	Colon
abril 2022	Endocrino	Pared	EG	HPB	Mama	EG	Colon
mayo 2022	UCI	Pared	Digestivo	HPB	Mama	HPB	Colon

*Durante el 5º año de residencia el médico puede realizar **2 meses de rotación externa** en algún servicio o unidad relevante, nacional o internacional, según su propio deseo y las recomendaciones del jefe de servicio y los tutores. En función de las características de dicha rotación esos dos meses se descontarán de la unidad del servicio más relacionada con la misma.

Todas las rotaciones se realizan dentro del hospital General Universitario de Castellón, excepto las que se consideran rotaciones externas obligadas al no existir estos servicios o unidades en el hospital. Se realizan de forma externa las rotaciones de:

CIRUGÍA TORÁCICA (HOSPITAL CLÍNICO DE VALENCIA)

CIRUGÍA PLÁSTICA (HOSPITAL LA FE VALENCIA u HOSPITAL PROVINCIAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN)

TRASPLANTE HEPÁTICO (HOSPITAL LA FE VALENCIA)

ROTACIÓN EXTERNA LIBRE (2 MESES)

DEFINICIONES
HPB: Unidad de cirugía hepato-bilio-pancrática
Pared: unidad de cirugía de pared abdominal
Colon: Unidad de cirugía coloproctológica
EG: Unidad de cirugía esofago-gástrica y cirugía oncológica abdómino-pélvica
Mama: unidad de cirugía mamaria
Endocrino: unidad de cirugía endocrino-metabólica-bariátrica
Otro servicio

Para seguir siempre el mismo criterio a partir del año 2020 con la incorporación de 2 médicos en formación por año se denominará MIR A o MIR B por orden alfabético del primer apellido. Este plan general de rotaciones puede ser modificado en función de diferentes situaciones no previsibles (enfermedad, bajas, contingencias en los servicios o unidades de destino u otras eventualidades). También se adaptará al momento en que se produzca la incorporación de los MIRs al servicio si éste varía como ha ocurrido estos dos últimos años debido a la situación de pandemia COVID 19. Todos los cambios que se realicen serán consensuados entre los propios médicos residentes, los tutores y la jefatura de servicio, procurándose siempre el mejor beneficio para el MIR. Cualquier cambio que se realice en las rotaciones deberán intentarse cumplir las siguientes premisas:

- Se intentará dividir la rotación por las diferentes unidades del servicio en dos periodos, uno de ellos coincidente con los primeros años de especialización (R1,R2,R3) y el otro

con los últimos (R3,R4 y R5) y la suma de la duración de ambos periodos será equitativa para todas las unidades.

- No deberán coincidir en la misma unidad asistencial dos médicos residentes con menos de dos años de diferencia (p.e. MIR 1º y MIR 5º, MIR 2º y MIR 4º)
- Se debe procurar que cada unidad funcional tenga al menos un MIR siempre y que el tiempo de rotación por cada unidad asistencial sea similar
- Se debe adecuar la rotación por cada unidad asistencial a los objetivos docentes de cada médico en función de su año de residencia
- Se debe procurar dar cierta autonomía y libertad al médico residente de 5º año para decidir qué aspectos de su formación considera prioritarios y/o deficitarios e intentar compensarlos a lo largo de ese año

Esta distribución de rotaciones podría modificarse en los próximos años debido al necesario ajuste que condicionará la incorporación de 2 nuevos facultativos en formación por año, en lugar de uno, hasta conseguir la distribución definitiva.

Los MIR de otros servicios o unidades que realicen su rotación por el servicio seguirán el siguiente plan general de rotaciones por las diferentes unidades.

AÑO 20-21	R1 Uro	R3 GINE A	R3 GINE B	R1 UCI A	R1 UCI B	R1 DIGESTIVO	R1 ENDOCRINOL
Sept		Mama					
Oct	EG/CAR HPB	Mama		HPB			End/Ob (a partir de 2021)
Nov	Colon		Mama	EG/CAR			
Dic	End/Ob		Mama				
Enero	Pared				EG/CAR		
Feb					HPB	R1.1: Colon/ HPB	
Marzo							
Abril						R1.2: Colon/ HPB	
Mayo							
Junio							
Julio							
Agosto							

La supervisión de los médicos residentes de otras especialidades que rotan por el SCGAD es coordinada por uno de los tutores, en el momento actual, la **Dra. Rebeca Cosa** o la **Dra. Laura Granel**.

4.3 COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DENTRO DEL SGAD Y SUS UNIDADES ASISTENCIALES

Bajo la debida tutorización y supervisión el médico residente debe ir adquiriendo responsabilidades y habilidades de forma progresiva en todos los aspectos de la práctica asistencial tanto en planta de hospitalización, como en el área quirúrgica como en consultas externas. Su participación en la actividad quirúrgica deberá seguir una progresión acorde con el grado de complejidad de las intervenciones. Como medida orientativa, en la tabla siguiente se muestra un baremo del grado de complejidad de las intervenciones quirúrgicas más relevantes que se realizan en el servicio. Esta valoración es solamente aproximada, ya que la complejidad de una intervención depende, también y obviamente, de otras variables.

BAREMO ORIENTATIVO DEL GRADO DE COMPLEJIDAD DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	
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 hidrosadenitis 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. Píloroplastia. Sutura de una perforación ulcerosa. Colectectomía abierta. Enterectomía segmentaria. Traqueostomía.
GRADO 3	Fistulectomía anal. Mastectomía simple. Apendicectomía laparoscópica. Colectectomía 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	Esofaguetomía. Gastrectomía total. Amputación abdomino-perineal. Colectomía total o subtotal. Resección rectal. Duodenopancreatectomía cefálica. Resección hepática mayor. Reservorios ileoanales. Cirugía laparoscópica avanzada (colectomía, gastrectomía, adrenalectomía, etc.). Trasplante hepático. Trasplante de páncreas. Disección cervical ganglionar. Cirugía bariátrica

4.3.1 MIR 1º AÑO:

- UNIDAD DE CIRUGÍA ENDOCRINO-METABÓLICA-BARIÁTRICA (2 meses)

Esta rotación supone para el médico residente el inicio de su estancia en el servicio y su toma de contacto con él por lo que los objetivos docentes en este periodo son los más generales de todo su periodo de formación. Según el calendario de rotaciones compartirá los tres primeros meses en la sección con el médico residente de 3º año en quien deberá apoyarse. Es importante también colaborar con el personal de enfermería y familiarizarse con su trabajo, entenderlo y aprender a valorarlo.

Actividad asistencial en planta de hospitalización

El médico residente deberá familiarizarse con

- Realización de Historia clínica, exploración física, solicitud de estudios complementarios, valoración de costes-beneficios e indicaciones quirúrgicas. Participación en la realización del informe de alta.
- Exposición oral de casos clínicos
- Principios de Asepsia y antisepsia
- Preparación del paciente para la cirugía (Valoración preoperatoria, indicaciones, contraindicaciones, riesgo quirúrgico/beneficio, profilaxis – antibiótica, trombosis venosa-, información al paciente – consentimiento informado-)
- Control postoperatorio (analgesia, nutrición, equilibrio hidro-electrolítico, complicaciones –diagnóstico y tratamiento)
- Procedimientos básicos: Vías de acceso venoso periférico y central, sondaje vesical y gástrico, cura de heridas
- Deberá pasar visita y saludar a todos los pacientes ingresados intervenidos por él o ella y comentar la evolución con el facultativo de staff responsable o el jefe de unidad

Actividad asistencial en Quirófano y área quirúrgica

- Familiarización con el ritual quirúrgico (asepsia, antisepsia, lavado de manos, colocación del campo quirúrgico, actitud y normas de actuación en quirófano)
- Aprendizaje de técnica básica quirúrgica (sutura simple de heridas, manejo de drenajes, anudado manual e instrumental, gestos de hemostasia, desbridamiento quirúrgico, técnica de anestesia local...) y del material quirúrgico

- Aprendizaje y familiarización con las funciones administrativas asociadas al acto quirúrgico: realización de informe quirúrgico, cumplimentación del Check list quirúrgico, solicitud de estudio anatómico-patológico y/o microbiológico...

Podrá participar en la actividad quirúrgica:

- Como **segundo ayudante**, en intervenciones de alta complejidad (Tiroidectomía, adrenalectomía, cirugía bariátrica, disecciones ganglionares) Grados 4 y 5
- Como **primer ayudante**, en intervenciones de baja y media complejidad (Colocación y retirada de catéteres peritoneales, cirugía ambulatoria, cirugía local, tumorectomías, istmectomías tiroideas, extirpación de adenopatías...). Grado 2 y 3
- Como **cirujano**, al finalizar los dos meses –con la debida supervisión- podrá realizar extirpación de pequeñas tumoraciones cutáneas o mamarias, realizar biopsias, sutura simple de heridas, retirada y colocación de catéteres peritoneales y desbridamiento de abscesos. Grado 1
- **UNIDAD DE PATOLOGÍA DE LA PARED ABDOMINAL** (3 meses)

Actividad asistencial en planta de hospitalización

Sin cambios con relación a su rotación anterior

Actividad asistencial en Quirófano y área quirúrgica

Podrá participar en la actividad quirúrgica:

- Como **segundo ayudante**, en intervenciones de alta complejidad (Abdomen catastrófico, eventraciones complejas...) Grados 4 -5
- Como **primer ayudante**, en intervenciones de baja y media complejidad (Cirugía de la hernia inguino-crural y umbilical, cirugía de otras hernias abdominales, cirugía ambulatoria, cirugía local, resección intestinal...). Grado 2 y 3
- Como **cirujano**, al finalizar los tres meses –con la debida supervisión- podrá realizar hernioplastias umbilicales e inguinocrurales no complejas, extirpación de tumores de benignos de pared abdominal, drenaje de abscesos primarios y postquirúrgicos.... Grado 1

Actividad asistencial en Consulta externa

El médico residente deberá participar en la actividad asistencial de consulta externa si la organización del trabajo de la unidad así lo permite. El médico residente participará en esta actividad como asistente del facultativo responsable y siempre supervisado.

- **UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA** (3 meses)

Actividad asistencial en planta de hospitalización

Sin cambios con relación a su rotación anterior

Actividad asistencial en Quirófano y área quirúrgica

Podrá participar en la actividad quirúrgica:

- Como **segundo ayudante**, en intervenciones de alta complejidad (Mastectomías radicales y radicales ampliadas, cirugía de disforia de género, ...) Grados 4 -5
- Como **primer ayudante**, en intervenciones de baja y media complejidad (Mastectomías parciales, biopsia selectiva de ganglio centinela, tumorectomía mamaria, intervenciones plásticas de la mama, cirugía de la galactoforitis e infecciones crónicas y agudas de la mama ...). Grado 2 y 3
- Como **cirujano**, al finalizar los tres meses –con la debida supervisión- podrá realizar extirpación de tumores de benignos de la mama, drenaje de abscesos primarios y postquirúrgicos, extirpación de cicatrices, cirugía de las infecciones agudas y crónicas de la mama.... Grado 1

Actividad asistencial en Consulta externa

El médico residente deberá participar en la actividad asistencial de consulta externa si la organización del trabajo de la unidad así lo permite. El médico residente participará en esta actividad como asistente del facultativo responsable y siempre supervisado.

4.3.2 MIR 2º AÑO:

- **UNIDAD DE CIRUGÍA ESÓFAGO-GÁSTRICA Y UMCOAP** (2 meses)

Actividad asistencial en planta de hospitalización

Lo descrito para el MIR de 1º año pero afianzando su confianza y capacidad para la toma de decisiones.

Actividad asistencial en Quirófano y área quirúrgica

Podrá participar en la actividad quirúrgica:

- Como **2º ayudante**, en intervenciones de alta complejidad (Esofaguectomía, gastrectomía, cirugía oncológica abdomino-pélvica, cirugía hiatal, esplenectomía...). Grados 4-5
- Como **1º ayudante**, en intervenciones de baja y media complejidad (Colecistectomía, derivación gástrica, resección intestinal, tumorectomías, resección gástrica parcial, toracoscopia, cirugía de la hiperhidrosis ...). Grado 2-3
- Como **cirujano**, al finalizar los seis meses –con la debida supervisión- podrá realizar apendicectomía, colecistectomía, tiempos parciales de alguna intervención (p.e. ligaduras vasculares, suturas simples, resección epiplóica, colocación de drenajes, cierre de pared abdominal, colocación de tubo pleural...) Grado 1

Actividad asistencial en Consulta externa

El médico residente deberá participar en la actividad asistencial de consulta externa si la organización del trabajo de la unidad así lo permite. El médico residente participará en esta actividad como asistente del facultativo responsable y podrá realizar sin supervisión la historia clínica y la exploración inicial del paciente, así como la solicitud de pruebas diagnósticas básicas (preoperatorio).

- **UNIDAD DE CIRUGÍA HÉPATO-BILIO-PANCREÁTICA (4 meses)**

Actividad asistencial en planta de hospitalización: sin cambios

Actividad asistencial en Quirófano y área quirúrgica

Podrá participar en la actividad quirúrgica:

- Como **2º ayudante**, en intervenciones de alta complejidad (hepatectomías, pancreatectomías, derivaciones bilio-digestivas, resección de vía biliar...). Grados 4-5
- Como **1º ayudante**, en intervenciones de baja y media complejidad (Colecistectomía, derivación gástrica, tumorectomías hepáticas...). Grado 2-3

- Como **cirujano**, al finalizar los tres meses –con la debida supervisión- podrá realizar colecistectomía laparoscópica y laparotómica, cierre de laparotomía, tiempos parciales de alguna intervención (p.e. ligaduras vasculares, suturas simples, resección epiplóica, colocación de drenajes, colocación de accesos laparoscópicos, realización de neumoperitoneo...). Grado 1

Actividad asistencial en Consulta externa

El médico residente deberá participar en la actividad asistencial de consulta externa si la organización del trabajo de la unidad así lo permite. El médico residente participará en esta actividad como asistente del facultativo responsable y podrá realizar sin supervisión la historia clínica y la exploración inicial del paciente, así como la solicitud de pruebas diagnósticas básicas (preoperatorio).

- **UNIDAD DE CIRUGÍA COLOPROCTOLÓGICA** (3 meses)

Actividad asistencial en planta de hospitalización: sin cambios

Actividad asistencial en Quirófano y área quirúrgica

Podrá participar en la actividad quirúrgica:

- Como **2º ayudante**, en intervenciones de alta complejidad (Colectomías laparoscópicas o laparotómicas, proctectomía, cirugía del suelo pélvico y de la incontinencia, cirugía de la enfermedad inflamatoria intestinal...). Grados 4-5
- Como **1º ayudante**, en intervenciones de baja y media complejidad (Resección intestinal, colectomía segmentaria, cierre de estomas, cirugía proctológica benigna...). Grado 2-3
- Como **cirujano**, al finalizar los tres meses –con la debida supervisión- podrá realizar cirugía proctológica benigna, extirpación de quiste pilonidal, tratamiento de las supuraciones ano-rectales, tiempos parciales de alguna intervención (p.e. ligaduras vasculares, suturas simples, resección epiplóica, colocación de drenajes, resección intestinal, colocación de accesos laparoscópicos, realización de neumoperitoneo...). Grado 1

Actividad asistencial en Consulta externa

El médico residente deberá participar en la actividad asistencial de consulta externa si la organización del trabajo de la unidad así lo permite. El médico residente

participará en esta actividad como asistente del facultativo responsable y podrá realizar sin supervisión la historia clínica y la exploración inicial del paciente, así como la solicitud de pruebas diagnósticas básicas (preoperatorio).

4.3.3. MIR 3º AÑO:

- **UNIDAD DE CIRUGÍA ENDOCRINO-METABÓLICA-BARIÁTRICA** (3 meses)

Actividad asistencial en planta de hospitalización

El médico residente irá tomando responsabilidades progresivas en la planta de hospitalización. Podrá visitar inicialmente a los pacientes y seguir su evolución clínica, será responsable de la cumplimentación de las hojas de evolución y seguimiento clínico así como de la solicitud y tramitación, según prioridad, de las pruebas complementarias. Seguirá con las mismas obligaciones descritas previamente.

Actividad asistencial en Quirófano y área quirúrgica

Podrá participar en la actividad quirúrgica:

- Como **2º ayudante**, en intervenciones de alta complejidad (adrenalectomía, by pass gástrico o cirugía de revisión bariátrica, disecciones cervicales, reintervenciones cervicales o bariátricas...). Grados 4-5
- Como **1º ayudante**, en intervenciones de baja y media complejidad, Grado 2-3. Podrá participar como **primer ayudante** en algunas intervenciones de alta complejidad si así lo dispone su jefe de sección o cirujano responsable siempre que participe en la cirugía otro residente de menor año (bien del propio servicio o de otro)
- Como **cirujano** –con la debida supervisión- podrá realizar hemitiroidectomía, resección de quiste tirogloso y tumoraciones o adenopatías cervicales, paratiroidectomía simple, algún tiempo de cirugía bariátrica, gastrectomía vertical...: Grado 2-3

Actividad asistencial en Consulta externa: sin cambios

- **UNIDAD DE PATOLOGÍA DE LA PARED ABDOMINAL** (3 meses)

Actividad asistencial en planta de hospitalización

Sin cambios con relación a su rotación anterior

Actividad asistencial en Quirófano y área quirúrgica

Podrá participar en la actividad quirúrgica:

- Como **segundo ayudante**, en intervenciones de alta complejidad (Abdomen catastrófico, eventraciones complejas...) Grados 4 -5
- Como **primer ayudante**, en intervenciones de baja y media complejidad (Cirugía de la hernia inguino-crural y umbilical, cirugía de otras hernias abdominales, Eventraciones no complejas, cirugía laparoscópica de la pared abdominal, cirugía ambulatoria, cirugía local, resección intestinal...). Grado 2 y 3
- Como **cirujano**, al finalizar los tres meses –con la debida supervisión- podrá realizar hernioplastias umbilicales e inguinocrurales de cualquier complejidad incluso recidivadas, extirpación de tumores de benignos de pared abdominal, eventroplastias abiertas y laparoscópicas, algún tiempo de cirugía compleja de pared abdominal.... Grado 1

Actividad asistencial en Consulta externa

El médico residente deberá participar en la actividad asistencial de consulta externa si la organización del trabajo de la unidad así lo permite. El médico residente participará en esta actividad como asistente del facultativo responsable y siempre supervisado.

- **UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA** (3 meses)

Actividad asistencial en planta de hospitalización

Sin cambios con relación a su rotación anterior

Actividad asistencial en Quirófano y área quirúrgica

Podrá participar en la actividad quirúrgica:

- Como **segundo ayudante**, en intervenciones de alta complejidad (Mastectomías radicales y radicales ampliadas, cirugía de disforia de género, ...) Grados 4 -5
- Como **primer ayudante**, en intervenciones de baja y media complejidad (Mastectomías parciales, biopsia selectiva de ganglio centinela, tumorectomía mamaria, intervenciones oncoplásticas de la mama, cirugía de la galactoforitis e infecciones crónicas y agudas de la mama ...). Grado 2 y 3

- Como **cirujano**, al finalizar los tres meses –con la debida supervisión- podrá realizar mastectomías totales y parciales, cirugía de las infecciones mamarias, ginecomastia, biopsia selectiva de ganglio centinela, tumorectomías.... Grado 1

Actividad asistencial en Consulta externa

El médico residente deberá participar en la actividad asistencial de consulta externa si la organización del trabajo de la unidad así lo permite. El médico residente participará en esta actividad como asistente del facultativo responsable y siempre supervisado.

4.3.4. MIR 4º AÑO:

- **UNIDAD DE CIRUGÍA COLOPROCTOLÓGICA** (2 meses)

Actividad asistencial en planta de hospitalización

Su responsabilidad en esta actividad será progresiva. Podrá tomar, siempre bajo consulta o supervisión, decisiones tales como solicitud de pruebas diagnósticas no cruentas, altas, cambio de dietas y administración de medicación. Será el primer responsable del seguimiento de los pacientes intervenidos por él. Podrá dar información básica a los familiares de los pacientes.

Actividad asistencial en Quirófano y área quirúrgica

Podrá participar en la actividad quirúrgica:

- Como **2º ayudante**, en intervenciones de alta complejidad. Grados 4-5
- Como **1º ayudante**, en intervenciones de baja y media complejidad, Grado 2-3. Podrá participar como **primer ayudante** en algunas intervenciones de alta complejidad si así lo dispone su jefe de sección o cirujano responsable siempre que participe en la cirugía otro residente de menor año (bien del propio servicio o de otro)
- Como **cirujano**, con la debida supervisión, podrá realizar hemicolectomía derecha e izquierda laparotómica y laparoscópica, colectomías segmentarias con o sin anastomosis, cirugía proctológica de complejidad media: Grado 2-3-4

Actividad asistencial en Consulta externa

Podrá realizar el pase de consulta de los pacientes tutorizado por el facultativo, así como solicitar pruebas diagnósticas complejas no cruentas, supervisar curas de

enfermería, realizar curas complejas de heridas, punción de seromas y punciones diagnósticas, debidamente tutorizado.

- **UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA** (3 meses)

Actividad asistencial en planta de hospitalización

Sin cambios con relación a su rotación anterior

Actividad asistencial en Quirófano y área quirúrgica

Podrá participar en la actividad quirúrgica:

- Como **segundo ayudante**, en intervenciones de alta complejidad (Mastectomías radicales y radicales ampliadas, cirugía de disforia de género, ...) Grados 4 -5
- Como **primer ayudante**, en intervenciones de baja y media complejidad (Mastectomías parciales, biopsia selectiva de ganglio centinela, tumorectomía mamaria, intervenciones oncoplásticas de la mama, cirugía de la galactoforitis e infecciones crónicas y agudas de la mama ...). Grado 2 y 3
- Como **cirujano**, al finalizar los tres meses –con la debida supervisión- podrá realizar mastectomías totales y parciales, cirugía de las infecciones mamarias, ginecomastia, biopsia selectiva de ganglio centinela, tumorectomías.... Grado 1

- **UNIDAD DE CIRUGÍA HÉPATO-BILIO-PANCREÁTICA** (2 meses)

Actividad asistencial en planta de hospitalización: sin cambios

Actividad asistencial en Quirófano y área quirúrgica

Podrá participar en la actividad quirúrgica:

- Como **2º ayudante**, en intervenciones de alta complejidad (hepatectomías, pancreatectomías, derivaciones biliodigestivas, resección de vía biliar...). Grados 4-5
- Como **1º ayudante**, en intervenciones de baja y media complejidad (Colecistectomía, derivación gástrica, tumorectomías hepáticas..). Grado 2-3
- Como **cirujano**, al finalizar los dos meses –con la debida supervisión- podrá realizar colecistectomía laparoscópica y laparotómica, cierre de laparotomía, tiempos parciales de alguna intervención, tumorectomías hepáticas o segmentectomías izquierdas... (p.e. ligaduras vasculares, suturas simples,

resección epiploica, colocación de drenajes, colocación de accesos laparoscópicos, realización de neumoperitoneo...). Grado 1

Actividad asistencial en Consulta externa

El médico residente deberá participar en la actividad asistencial de consulta externa si la organización del trabajo de la unidad así lo permite. El médico residente participará en esta actividad como asistente del facultativo responsable y podrá realizar sin supervisión la historia clínica y la exploración inicial del paciente, así como la solicitud de pruebas diagnósticas básicas (preoperatorio).

- **UNIDAD DE CIRUGÍA ESÓFAGO-GÁSTRICA- UMCOAP** (2 meses)

Actividad asistencial en planta de hospitalización: sin cambios

Actividad asistencial en Quirófano y área quirúrgica

Podrá participar en la actividad quirúrgica:

- Como **2º ayudante**, en intervenciones de alta complejidad. Grados 4-5
- Como **1º ayudante**, en intervenciones de baja y media complejidad, Grado 2-3. Podrá participar como **primer ayudante** en algunas intervenciones de alta complejidad si así lo dispone su jefe de sección o cirujano responsable siempre que participe en la cirugía otro residente de menor año (bien del propio servicio o de otro)
- Como **cirujano** –con la debida supervisión- podrá realizar gastrectomía parcial no oncológica, derivaciones gástricas, cirugía hiatal y diafragmática no compleja, esplenectomía por laparotomía, esplenectomía, algún tiempo de cirugía oncológica abdomino-pélvica Grado 2-3-4

Actividad asistencial en Consulta externa: sin cambios

4.3.5. MIR 5º AÑO:

Tanto en planta de hospitalización como en consulta externa el médico residente podrá tomar decisiones por sí mismo, podrá pasar visita tanto en planta como en consulta externa sin supervisión directa y decidir sobre altas, cambios de tratamiento y solicitud de pruebas complementarias siempre que esté seguro de sus decisiones y siempre que consulte o se asesore cuando no lo esté.

Dado que permanecerá varios meses en cada una de las unidades asistenciales procurará compensar en ellas aquellas facetas que considere más deficitarias en su formación intentando adecuar el número de intervenciones realizadas a las recomendadas en el programa de formación (Página 10). Así mismo, podrá orientar sus preferencias hacia alguna de las áreas de capacitación específica de la especialidad.

El médico residente podrá participar como 1º o 2º ayudante en todo tipo de intervenciones. Como cirujano, siempre supervisado y tutorizado podrá realizar todo tipo de intervenciones total o parcialmente en función de las características del paciente y la situación.

Durante su último año de rotación, el facultativo rotará (2-3 meses) por las unidades del servicio con patología quirúrgica con mayor complejidad técnica y de manejo diagnóstico-terapéutico: Cirugía hepato-bilio-pancrática, cirugía coloproctológica, cirugía endocrino-metabólica-bariátrica y cirugía esófago-gástrica-UMCOAP.

El MIR de 5º año ejercerá como **Jefe de Residentes** por lo que deberá implicarse de forma muy activa en la formación de los médicos residentes de los cuatro primeros años del programa.

Si realizara una rotación externa de dos meses en algún servicio o unidad de referencia ese tiempo se debería descontar de la rotación de la unidad del servicio conceptualmente mas relacionada con la de la rotación externa.

4.4 COMPETENCIAS ESPECÍFICAS POR ROTACIÓN EN OTROS SERVICIOS O UNIDADES DEL HGUCS

- **SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN Y T. DEL DOLOR (1 mes)**

Entre los objetivos que se pretende incorporar a la formación se incluyen las situaciones que se presentan especialmente en el quirófano pero también en el despertar; así las diferentes técnicas de intubación traqueal, el momento de la extubación y las indicaciones para derivar a la sala de Reanimación; las técnicas de raquianestesia y anestesia regional, con las limitaciones propias de la duración de la estancia; la familiarización con el uso de los fármacos anestésicos así como de los respiradores, la monitorización de gases y volúmenes, y de los datos hemodinámicos que usualmente se recogen del paciente anestesiado. Así mismo, el residente debe

familiarizarse con las diferentes medidas terapéuticas para el tratamiento del dolor, tanto agudo como crónico.

- **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (2 meses)**

El residente debe adquirir los conocimientos relativos a la fisiopatología y tratamiento de las situaciones críticas. Entre éstas destacan las siguientes situaciones: 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 intervenidos.

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 intracraneal; Métodos de valoración del estado nutricional; El procedimiento de la nutrición artificial (métodos, cuidados y balance nitrogenado).

- **ATENCIÓN PRIMARIA (1 mes)**

Durante su rotación por un centro de salud el médico residente deberá familiarizarse con la realización de anamnesis e historia clínica del paciente ambulatorio, solicitud de pruebas y priorización de actuaciones. También deberá conocer el funcionamiento de la atención primaria, sus programas de actuación y su organización. Así mismo, el médico residente deberá familiarizarse con el manejo de la patología más prevalente (HTA, diabetes, infecciones del tracto respiratorio,

digestivo y urinario etc.) Así mismo, si el centro realizara alguna técnica de cirugía menor el médico residente participará activamente en la misma.

- **RADIODIAGNÓSTICO** (1 mes)

El residente ha de adquirir los conocimientos y destrezas en relación con: Indicaciones e interpretación de la radiología simple, contrastada y métodos digitalizados. Relación coste-beneficio de las técnicas de diagnóstico mediante imágenes de alta tecnología. Indicaciones de las técnicas radiológicas complejas.

- TAC / RMN: indicaciones clínicas e interpretación de imágenes
- Radiología intervencionista: técnicas e indicaciones
- Radiología y técnicas de diagnóstico de patología mamaria

- **SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA** (1 mes)

Durante su rotación del médico residente se familiarizará con el manejo de técnicas endoscópicas digestivas tanto con intención diagnóstica como terapéutica, entre las que destacan: esófago-gastroscopia, recto-colonoscopia, CPRE y esfinterotomía endoscópica, técnicas de biopsia endoscópica, técnicas terapéuticas endoscópicas de la hemorragia digestiva, técnicas endoscópicas de dilatación y colocación de prótesis expansivas, etc.

- **SERVICIO DE UROLOGÍA** (1 mes)

Los objetivos de esta rotación son: Familiarización con la Semiología clínica urológica; Técnica de sutura ureteral y nefrectomía tanto por laparotomía como por laparoscopia; Sondajes urinarios; Retención aguda orina; Diagnostico de hematurias e infecciones urinarias; Torsión testicular; Tratamiento de la patología urgente urológica; Cistectomía y técnicas de neo-vejiga; vías de acceso retroperitoneal.

- **CIRUGÍA VASCULAR** (2 meses)

El médico residente deberá adquirir los conocimientos y destrezas en relación con la anamnesis y exploración de pacientes con patología vascular. Entre ellas se incluye: evaluación de los pacientes con isquemia aguda y crónica o ulceraciones en las extremidades inferiores; valoración de los pacientes con trombosis venosas; Valoración y manejo del pie diabético; Conocimientos básicos de las técnicas de exploración vascular, cruenta e incruenta, y de la farmacoterapia vascular (anticoagulación, fibrinólisis, sustancias vasoactivas, etc.); Vías y técnicas de acceso a los vasos; Disección y control de los troncos vasculares; Principios de la sutura vascular;

Anastomosis vasculares; Embolectomías en la extremidad superior e inferior; Conceptos generales sobre el uso de injertos y prótesis de sustitución vascular; Cirugía exerética y amputaciones por isquemia de las extremidades inferiores; Conocimientos de técnicas endovasculares.

4.5 ROTACIONES EXTERNAS RECOMENDADAS Y COMPETENCIAS ESPECÍFICAS A ADQUIRIR EN LAS MISMAS

- **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; Cirugía reconstructiva de la mama (prótesis, TRAM, colgajo de dorsal ancho...); Cirugía de simetría mamaria; cirugía de contorno corporal en pacientes intervenidos por obesidad; técnicas de microcirugía.

- **CIRUGÍA TORÁCICA (2 meses)**

El médico residente deberá adquirir las habilidades relacionadas con la realización de la historia clínica del paciente con patología quirúrgica torácica, la identificación y descripción de los problemas clínicos planteados, y el proceso a seguir para el establecimiento de una indicación quirúrgica. Esto incluye, además, la Interpretación de los datos aportados por las técnicas de diagnóstico mediante imágenes (radiología simple, TC, escintigrafía, endoscopia, 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. Deberá adquirir los conocimientos básicos sobre el manejo quirúrgico del cáncer pulmonar y los tumores mediastínicos.

- **TRASPLANTE HEPÁTICO (1 mes)**

El médico residente deberá familiarizarse con el protocolo y organización de trasplantes. Deberá aprender las condiciones y criterios para la donación de órganos así como sus aspectos médico-legales. Deberá conocer el protocolo de manejo preoperatorio del paciente candidato a trasplante y las indicaciones del mismo. Deberá

adquirir conocimientos de las técnicas quirúrgicas: explante de donante, trabajo de banco, extirpación hepática en receptor e implante en receptor, implantes parciales.

4.6 NIVELES DE COMPLEJIDAD Y RESPONSABILIDAD

Tal y como se define en el programa de la especialidad, a lo largo de la residencia el médico debe ir adquiriendo responsabilidad progresiva en sus decisiones y actuaciones y aumentando el índice de complejidad de sus actividades tal y como se ha descrito en líneas precedentes.

En cuanto al nivel de responsabilidad se distinguen 3 niveles:

- El **nivel 1** es aquel que permite al residente realizar una actividad sin necesidad de una tutorización inmediata, es decir, ejecuta y posteriormente, informa.
- El **nivel 2** posibilita la realización de actividades directamente por el residente con la colaboración y bajo la supervisión del facultativo de plantilla.
- El **nivel 3** se corresponde con actividades en las que el residente simplemente ayuda u observa acciones del personal de plantilla.

En función de las actividades en cada una de las áreas asistenciales y el grado de complejidad de las intervenciones, en la tabla que sigue se muestran los niveles de responsabilidad a adquirir por el médico residente para cada año de residencia.

	SALA DE HOSPITALIZACIÓN	CONSULTAS EXTERNAS	AREA DE URGENCIAS	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

5.- ATENCION CONTINUADA Y GUARDIAS.

La atención continuada en el HGU CS se realiza en forma de guardias médicas. Las guardias se considerarán docentes y serán obligatorias en el programa formativo, siendo recomendable que se realicen entre 4 y 6 mensuales con un número óptimo de 5 al mes. La duración de la guardia es de 17 horas en días laborales y de 24 horas en días festivos. El cambio de guardia se realiza en la sesión de urgencias del Servicio, los días laborables a las 8,30 horas y los días festivos a las 10 horas. El médico residente podrá realizar 1-2 guardias al mes en los servicios en los que se encuentre rotando, sin sobrepasar nunca el

número máximo de guardias mensuales. Durante el primer año de residencia el médico deberá realizar guardias de puerta en el servicio de urgencias . Los primeros meses de residencia el médico residente estará acompañado en la guardia por un residente de 3º, 4º o 5º año. El médico residente deberá ir adquiriendo un nivel de responsabilidad creciente en la guardia. Si coincidieran dos médicos residentes por guardia debería procurarse que fueran de diferentes años formativos para poder adaptar la actividad quirúrgica de la guardia a su nivel técnico.

Las actividades que el médico residente debe realizar en la guardia incluyen: asistencia a los enfermos sobre los que se pide consulta desde el servicio de urgencia, participando con implicación progresiva en las decisiones de ingreso, alta, traslado u observación; realización de intervenciones de urgencia (como primer cirujano o ayudante según grado de complejidad) de los pacientes que lo precisen, tanto externos como internos; preparación de los pacientes para la cirugía (profilaxis antibiótica, antitrombótica, consentimiento informado...); participación en la información a los familiares de los pacientes y atención continuada de los pacientes ingresados.

Particularmente importante es la realización de historias clínicas meticolosas, incluyendo interrogatorio, examen físico, revisión de exploraciones complementarias, etc. El médico residente debe realizar un juicio clínico y diagnóstico así como plantear una orientación inicial sobre la indicación o no de cirugía urgente.

La supervisión del médico residente durante la guardia depende de los facultativos que compartan la actividad de atención continuada con él (dos facultativos por cada guardia) o, en el caso de que coincidan dos residentes en la guardia por el residente de mayor grado.

6.- ACTIVIDAD DOCENTE.

6.1 SESIONES CLÍNICAS

La docencia dentro del servicio se articula en torno a dos frentes: la docencia diaria, derivada de la interrelación profesional de los MIR con los médicos de plantilla, y la docencia del grupo, estructurada en torno a las sesiones clínicas. Las sesiones clínicas constituyen una auditoria clínica permanente y pueden considerarse una actividad

científica en cuanto ejercitan la mentalidad crítica. El especialista en formación debe participar activamente en las mismas.

En el momento actual, en el SCGAD se realizan las siguientes sesiones:

1.- Sesión clínica de casos urgentes y casos quirúrgicos intervenidos el día anterior:

Periodicidad: diaria 8,30 horas

2.- Sesiones clínicas preoperatorias: Se realizan una vez por semana (jueves a las 8,30h), con duración de una hora. La participación del médico residente es activa exponiendo los casos clínicos con el asesoramiento del médico de Plantilla encargado del enfermo. En éstas se analizan los esquemas diagnósticos aplicados y la indicación quirúrgica de los pacientes que se intervendrán en la siguiente semana.

3- Sesiones clínicas conjuntas con los Servicios de Radiología, Medicina Interna, Gastroenterología y otros cuando se convoquen.

4- Sesiones bibliográficas de las revistas más importantes y en las que participa el MIR de forma directa.. Esta sesión se realiza con de forma quincenal y con ellas se pretende que el MIR en formación aprenda a interpretar, evaluar y hacer un análisis crítico del contenido, metodología de los trabajos y el valor de los resultados, contrastándola con la experiencia del grupo. Se realizarán los lunes a las 8 hs de la mañana y serán obligatorias para los MIRs y tutores y voluntarias para el resto del servicio.

5- Sesiones de Morbi-Mortalidad, Sesión clínica de casos problema o de mortalidad con periodicidad quincenal, los jueves de 9.30 a 10 hs.

6.- Sesiones o reuniones de comités multidisciplinares con patología específica:

- Comité de patología mamaria: periodicidad 1 ó 2 sesiones mes
- Cirugía de la obesidad: periodicidad mensual
- Comisión de patología endocrina: periodicidad mensual
- Comité de tumores: periodicidad semanal
- Comisión de historias clínicas: periodicidad mensual
- Comité de UMCOAP (Semanal)
- Comité de cirugía hepato-bilio-pancreática (semanal). Miércoles 8,15 hs
- Sesión de enfermedad inflamatoria con S. de medicina digestiva. Primer viernes de cada mes 8,30 hs. Unidad de coloproctología

A estas sesiones debe acudir el médico residente durante su rotación en la unidad asistencial a la que están asignadas dichas patologías.

7.- Sesiones extraordinarias: Para actualización, puesta al día o planteamiento de temas específicos (presentación de productos médicos o farmacéuticos, auditorías

internas, docencia...)

Las sesiones bibliográficas y extraordinarias son coordinadas por el Dr. Luis Gómez Quiles a propuesta de los propios médicos residentes, los facultativos de plantilla o la jefatura de servicio.

Por otro lado, se realizan con periodicidad mensual y organizadas por la C. de docencia **SESIONES GENERALES DEL HOSPITAL**, a las que el médico residente tiene obligación de asistir si no está realizando ninguna actividad asistencial ineludible.

6.2 CURSOS DE FORMACIÓN

La formación teórica del médico residente debe complementarse con la asistencia a cursos, congresos, simposios, jornadas y reuniones. El contenido de los cursos debe tener también carácter progresivo e ir en concordancia con la formación gradual del médico residente. La formación debe completarse con cursos cuyo contenido no tiene que ver con la propia especialidad sino con otros aspectos (investigación, metodología, gestión clínica, informática, bioética...) necesarios para la formación completa del MIR (**Conocimientos transversales**, es decir, comunes a todas las especialidades médicas). A continuación se detallan los cursos generales y específicos que se recomiendan (adaptado del programa de la especialidad).

Cursos recomendados para el MIR 1º año:

- **Curso de Urgencias médico-quirúrgicas** (organizado con periodicidad anual por el propio hospital). Destinado a los médicos que inician su periodo de residencia
- Curso de técnicas quirúrgicas básicas
- Curso de resucitación cardiopulmonar
- **Curso de cirugía de la hernia inguinal de la Asociación Española de Cirujanos** (Hospital de Getafe). Noviembre. Duración: 2 días
- **Curso de Formación Básica en Cirugía Laparoscópica para Residentes de primer año** de CGAD. Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia. Febrero-Marzo. Duración: 4 días
- Curso de infección quirúrgica

Cursos recomendados para el MIR 2º-3º año:

- Curso de Bioética.
- Curso de Gestión clínica y Calidad Asistencial.
- Curso de metodología a la investigación.
- Curso de documentación, manejo bibliográfico y redacción de artículos científicos

- Curso de laparoscopia para residentes
- Curso de cirugía mayor ambulatoria
- **Solicitud de ingreso en el A.T.L.S**
- **Introducción a la cirugía bariátrica y metabólica. Curso on line para residentes.** Asociación española de cirujanos

Cursos recomendados para el MIR 4º año:

- **Congreso-Reunión Nacional de cirugía.** Asociación española de cirujanos. Periodicidad anual. Fecha: Noviembre. Duración: 4 días
- **Cursos precongreso nacional.** Organizados por la secciones de la Asociación española de cirujanos. Periodicidad anual. Fecha: Noviembre. Duración: 1 día.
- **Asistencia a Politraumatizados. Realización del programa American Trauma Life Support (ATLS)** disponible en la Asociación Española de Cirugía

Durante este periodo el médico residente puede realizar alguno de los cursos recomendados para el MIR de 5º año.

Cursos recomendados para el MIR 5º año:

Cursos de capacitación específica para residentes (secciones AEC)

- Cirugía Hépato-Bilio-Pancreática
- Cirugía esófago-gástrica
- Cirugía colorrectal
- Cirugía laparoscópica avanzada
- Trasplante de órganos
- Cirugía bariátrica y metabólica
- Cirugía endocrina
- Cirugía mamaria

Además de los cursos de formación recomendados por cada año de residencia, el propio servicio de CGAD organiza con periodicidad anual varios cursos realizados en el hospital a los que los médicos residentes del servicio deben acudir:

- **Curso de laparoscopia para médicos residentes de la ASOCIACION ESPAÑOLA DE CIRUJANOS.** Fecha de realización: Octubre. Duración 4 días
- **Jornada de actualización en cáncer de mama de la provincia de Castellón.** Fecha posible de realización: Octubre. Duración: 1 día

Así mismo, la Asociación Valenciana de cirugía organiza un curso con periodicidad anual en el que participan activamente varios miembros del servicio y al que los médicos residentes de cualquier año deben intentar acudir:

- **Curso de Cirugía General de la Asociación valenciana de Cirugía.** Fecha de realización: Enero. Duración: 3 días

También es recomendable que durante su periodo de formación el médico realice los **cursos de doctorado** o las condiciones necesarias para la realización de su proyecto de tesis doctoral una vez finalizado el periodo de residencia.

Así mismo, en el Plan Formativo Individual que año a año se irá dando a cada residente se incluirán los cursos recomendados por la Comisión de docencia y los propios tutores añadidos a los descritos previamente.

6.3 TEXTOS Y REVISTAS RECOMENDADOS

La formación teórica en la especialidad conlleva ineludiblemente una parte de estudio individual. El estudio individual permite la consolidación de los conocimientos adquiridos en la práctica diaria y el planteamiento crítico sobre los mismos. El médico residente debe conocer los principios de la medicina basada en la evidencia, diferenciar los diferentes tipos de artículos y textos científicos y aprender a interpretar las diferentes y múltiples fuentes bibliográficas. La biblioteca del HGU de Castellón posee un importante arsenal de revistas y textos médicos tanto en formato impreso como de acceso digital. A continuación se muestran las revistas y textos de la especialidad de CGAD o de especialidades afines recomendables para el médico en formación.

Revistas más importantes en inglés u otros idiomas:

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVA	GIORNALE DI CHIRURGIA
AIDS	INTERNATIONAL JOURNAL OF COLORECTAL DISEASE
AMERICAN JOURNAL OF DIGESTIVE DISEASES	INTERNATIONAL JOURNAL OF SURGERY CASE REPORTS
AMERICAN JOURNAL OF SURGERY	INTERNATIONAL SURGERY
AMERICAN SURGEONS, THE	INTERNET JOURNAL OF HEAD AND NECK SURGERY
ANNALES DE CHIRURGIAE	INTERNET JOURNAL OF SURGERY
ANNALS OF GASTROENTEROLOGY	JAPANESE JOURNAL OF GASTROENTEROLOGICAL SURGERY
ANNALS OF SURGERY	JOURNAL OF AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, THE
ANNALS OF THE ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND	JOURNAL OF GASTROINTESTINAL AND LIVER DISEASES
ARCHIVES OF SURGERY	JOURNAL OF GASTROINTESTINAL SURGERY
BRITISH JOURNAL OF SURGERY	JOURNAL OF HEPATO-BILIARY-PANCREATIC SURGERY
BMI LATINA	JOURNAL OF LAPAROENDOSCOPIC SURGERY
CANADIAN JOURNAL OF SURGERY	JOURNAL OF MINIMAL ACCESS SURGERY
CANCER	JOURNAL OF THE SOCIETY OF LAPAROENDOSCOPIC SURGEONS
CASE REPORTS IN SURGERY	JOURNAL OF SURGERY
CLINICAL GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY	JOURNAL OF SURGERY AND SCIENCE
CLINICS IN COLON AND RECTAL SURGERY	LANGENBECK'S ARCHIVES OF SURGERY
CURRENT CONTENTS IN SURGERY	LANCET
CURRENT PROBLEMS IN SURGERY	LIVER TRANSPLANTATION AND SURGERY
DIGESTIVE DISEASES AND SCIENCES	MINIMALLY INVASIVE SURGERY
DISEASES OF THE COLON AND RECTUM	OBESITY SURGERY
EUROPEAN JOURNAL OF SURGERY, THE	OPEN JOURNAL OF ENDOCRINE AND METABOLIC DISEASES
EUROPEAN SURGERY	SEMINARS IN COLON AND RECTAL SURGERY
FRONTIERS IN SURGERY	SURGERY
GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY	SURGERY CURRENT RESEARCH
GASTROENTEROLOGY RESEARCH AND PRACTICE	SURGERY, GYNECOLOGIC AND OBSTETRICS

SURGERY FOR OBESITY AND RELATED DISEASES
SURGERY TODAY
SURGICAL ENDOSCOPY
SURGICAL LAPAROSCOPY AND ENDOSCOPY
SURGICAL LAPAROSCOPY ENDOSCOPY AND PERCUTANEOUS
TECHNIQUES

WORLD JOURNAL OF COLORECTAL SURGERY
WORLD JOURNAL OF EMERGENCY SURGERY
WORLD JOURNAL OF ENDOCRINE SURGERY
WORLD JOURNAL OF GASTROINTESTINAL SURGERY
WORLD JOURNAL OF SURGERY
YEAR BOOK OF SURGERY

Revistas en castellano:

CIRUGÍA ESPAÑOLA
CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA
CIRUGÍA Y CIRUJANOS

CLÍNICAS QUIRÚRGICAS DE NORTEAMÉRICA
REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS
REVISTA ESPAÑOLA DE INVESTIGACIONES QUIRÚRGICAS

Libros de texto y tratados de interés:

Durán Sacristán H, Arcelus Imaz I, García-Sancho Martín L, González Hermoso F, Alvarez Fernández-Represa J, Fernández Portal L.Mª, Méndez Martín J. **"Cirugía. Tratado de Patología y Clínica Quirúrgicas"**. Editorial Interamericana McGraw-Hill, 3 volúmenes, Madrid, 1996.

Sabiston DC. (ed.). **"Tratado de Cirugía. Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna"**. 20ª ed. Ed. Elsevier Saunders, 2 volúmenes, Madrid 2019.

Brunnicardi FC y cols. (eds.): **"Schwartz. Principios de Cirugía"**. 10ª ed. Editorial Interamericana McGraw-Hill, 2 vol, México, 2015.

Cameron JL, Sandone C.: **"Atlas de cirugía del aparato digestivo"** Ed Panamericana, Madrid 2008

P.Parrilla, E.Jaurieta, M.Moreno, **"Manual de la Asociación Española de Cirujanos"**. Ed. Panamericana, Madrid, 2005.

Bland KI. **"The Practice of General Surgery"**. Editorial: W.B. Saunders. Company. Philadelphia, 2002.

Michael J. Zinner SI, SW Ashley eds. **"Maingot. Abdominal Operations (2-Volúmenes)"**. 11ª Edition (Ed: Maingot R). Editorial: McGraw-Hill/interamericana de México. 2008

Baker RJ, **"Nyhus.El dominio de la Cirugía"**. (4ª ed). 2 tomos. Editorial: Panamericana. Madrid, 2004.

Henry MM, Thompson JN. **"Cirugía Clínica"**. Ed Saunders, London, 2001.

Takahashi Monroy, T.; Domínguez Cherit, G. (eds.). **Cuidados médicos perioperatorios**. México: McGraw-Hill, 2000.

MG Broto, SM Delor. **Instrumentación Quirúrgica. Técnicas en Cirugía General**. Editorial Panamericana. Buenos Aires, 2000.

Morris PJ, Wood RA, ed. **"Oxford Textbook of Surgery"**. 3 vol., 2ª ed. Ed. Oxford University, 2001.

Greenfield LJ, Mulholland M.W, Oldham KT, Zelenock GB. **"Surgery. Scientific Principles and Practice"**. 4ª ed, Editorial Lippincot. 2005.

Davis JH, Sheldon GF. **"Surgery. A Problem-Solving Approach"**. 2ª ed, Ed: Mosby. 1.995 St. Louis (Missouri) (2-Volúmenes).

Shackelford R; Zuidema, G. **"Cirugía del Aparato Digestivo"**. Panamericana, Méjico, 2005.

Golligher J: **"Cirugía del ano, recto y colon"**. 3ª ed., Salvat Ed., Barcelona, 1998.

Rutherford R. **"Vascular Surgery"**. 6ª ed., Saunders Comp., New York, 2006.

Zollinger RM. **"Atlas de cirugía"**. 8ª ed". McGraw-Hill/interamericana de México. 2003

Porrero JL eds. **"Cirugía de la pared abdominal"**. Ed: Arán eds. Madrid 2002

Bland K eds. **"Cirugía de la mama"**. Ed: Lippincot, Williams&Wilkins eds. Madrid 2021

Guías Clínicas de la AEC, Arán ediciones, Madrid.

Griffin SM, Lamb PJ eds. **"Oesophagogastric Surgery. 6ª ed"**. Ed: Elsevier 2018

Gibbon's **Surgery of the Chest**. Gibbon JH, Sabiston D, Cole F, Ed Saunders, London, 1983

Nguyen NT, Brethauer SA, Morton JM, Ponce J and Rosenthal RJ eds. **"The ASMBS textbook of bariatric surgery" 2ª ed** . Ed. Springer eds. NewYork 2020

Hubbbard J, Inabnet WB, Lo Ch-L eds. **"Endocrine Sugery. Principles and Practice"** Ed: Springer. London 2009

Castaing D, Azoulay D, Adam R.eds. **"Cirugía hepática y de la hipertension portal"** Ed. Elsevier/Masson eds. Madrid 2011

Milson JW, V, Böhm, K. Nakajima eds. **"Laparoscopic colorectal surgery. 2ª ed"**. Ed: Springer eds. NewYork 2006

Frantzides CT, Carlson MA eds **"Atlas de cirugía mínimamente invasiva"** Ed: Elsevier Masson. Madrid 2017

Enciclopedia medico quirúrgica francesa (ultima edición)

En cada una de sus rotaciones, tanto por el servicio como por otras unidades, el médico residente debe consultar con el tutor correspondiente cuáles son los textos o revistas específicos recomendables para su consulta o estudio.

7.- ACTIVIDAD INVESTIGADORA

El médico residente deberá implicarse durante todo el periodo de residencia en las actividades de investigación que se realizan en el servicio. Esto abarca tres aspectos fundamentales: participación en proyectos de investigación, realización de comunicaciones a congresos y elaboración de publicaciones científicas.

Cualquier trabajo de investigación o publicación realizados en el SCGAD, se desarrollará temporalmente en tres fases:

- a) Preparación del mismo
- b) Su exposición al resto de la Unidad, en Sesión Clínica
- c) Su divulgación, en forma de comunicación, publicación, conferencia, etc. Antes de su divulgación el trabajo deberá ser expuesto, comentado y consensuado en una Sesión Clínica General del Servicio.

7.1 PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

El médico residente deberá implicarse en los proyectos en marcha. Entre sus funciones específicas se encuentra la de recogida de datos y cumplimentación de las diferentes bases de datos existentes en el servicio (cirugía bariátrica, cirugía endocrina, cirugía coloproctológica...) y aquellas otras que se pudieran generar. Así mismo, el médico residente puede sugerir e iniciar cualquier nuevo proyecto de investigación siempre con la supervisión de los tutores y la aprobación de la jefatura de servicio. En este momento existen consolidadas las siguientes líneas de investigación en el servicio:

- Cirugía bariátrica y metabólica:
 - Estudio de la repercusión económica de la cirugía bariátrica en gasto farmacológico (Tesis doctoral en desarrollo)
 - Estudio de la influencia de la cirugía bariátrica en la calidad de vida (Tesis doctoral en desarrollo)
 - Estudio de la microbiota intestinal en pacientes intervenidos por obesidad (En colaboración con la UJI)
 - Análisis de resultados de cirugía bariátrica y metabólica
- Cirugía hepato-biliar:
 - Estudio: Programa combinado nutricional y entrenamiento concurrente sobre la condición física en la mejora de la calidad de vida en pacientes intervenidos de cirugía mayor hepato- bilio- pancreática.
 - Estudio Hepatotest en colaboración con H. La fé de Valencia

- Estudio de hepatectomía inversa con Hospital de Zaragoza
- La implementación de una profilaxis antibiótica para optimización en la reducción de las complicaciones de la cirugía de los tumores periampulares (estudio Prospectivo)
- Cirugía oncológica abdomino-pélvica
 - Análisis de resultados

7.2 REALIZACIÓN DE COMUNICACIONES A CONGRESOS

Es recomendable la realización o participación en la misma de al menos 3 comunicaciones a congresos, en forma oral o de póster, anuales intentado hacer coincidir sus temas con cada una de sus rotaciones.

7.3 ELABORACIÓN DE PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

El médico residente debe participar activamente en la realización de las publicaciones. Es recomendable la elaboración de una publicación anual como primer autor y 2-3 como coautor, siendo recomendable la realización de una de ellas tras cada una de sus rotaciones. Por parte de los tutores se elaborará anualmente una planilla de posibles trabajos a realizar por los MIR y se establecerán plazos ineludibles para la realización de los mismos.

8.- EVALUACIÓN Y CONTROL DEL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN.

La evaluación de la formación está regulada por la Orden del Ministerio de Presidencia 155/1995 de 22 de junio (BOE 30 junio de 1995), Real Decreto 183/2008 y la Orden 581/2008. El hospital cuenta con una Comisión de Docencia regulada por la Orden Ministerial de 22 de Junio de 1985. A través de esta Comisión se realiza la evaluación de la formación recibida por el residente. La evaluación de los médicos residentes en el SCGAD sigue las directrices generales del documento elaborado por la Comisión de docencia del centro, revisado en Noviembre del año 2013, por el que se establecen los **“CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES Y UNIDADES DOCENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓ”**, adaptados al propio servicio. La evaluación del aprendizaje es efectuada por los tutores y por los jefes de las unidades docentes por las que el especialista en formación ha rotado. Se establecerá un sistema de evaluación basado en la monitorización de las diversas actividades de formación que sirva de base para la introducción de medidas de mejora.

Según las recomendaciones de la comisión de docencia se deben realizar dos tipos de evaluación docente:

- Evaluación continuada o formativa
- Evaluación sumativa:
 - Anual
 - Final del periodo de residencia

En el BOE 2046 del 19 de Abril de 2018 se publicó una nueva resolución (*Resolución de 21 de marzo de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación) que redefinía y actualizaba los documentos precisos para la evaluación de los médicos residentes*

8.1 EVALUACIÓN CONTINUADA O FORMATIVA

La evaluación formativa tiene lugar a lo largo de todo el proceso de formación y aporta información sobre el nivel de aprendizaje que se va alcanzando, el método, el ritmo, etc. permitiendo introducir los cambios necesarios y remediar a tiempo las deficiencias encontradas en dicho progreso. Deberá ser realizada por los tutores de residentes del SCGAD. Esta evaluación se reflejará en una ficha que se adjuntará en el expediente del residente, con la finalidad de contabilizar el grado en el que se han alcanzado los objetivos de aprendizaje marcados en el programa de formación.

Al finalizar cada periodo de rotatorio, en reunión el tutor de la especialidad y los tutores de cada sección, determinarán la valoración final de cada residente la cual se presentará en la Comisión de Docencia. Entre los diferentes instrumentos de valoración de que disponen los tutores destacan las entrevistas con los médicos residentes y el libro del residente.

8.1.1 ENTREVISTAS / TUTORÍAS.

Los tutores deben realizar a los médicos residentes **Entrevistas periódicas con todos** ellos para organizar las sesiones o conocer aspectos más deficitarios o desvíos en la formación sobre los que haya que insistir, así como definir y/o modificar objetivos y proyectos. Así mismo se realizarán **Entrevistas individualizadas**, haciéndolas coincidir preferiblemente con los finales de los periodos de rotación, con el fin de conocer las inquietudes, o conflictos con

otros miembros de la Unidad, o para el reconocimiento de deficiencias teóricas o de habilidades, para corregir y reforzar, siempre con ánimo constructivo, con privacidad y con el conocimiento exclusivo del tutor y Jefe de Unidad.

Para el SCGAD del HGU de Castellón se propone un mínimo de:

- Entrevista trimestral con todos los médicos residentes y todos los tutores
- Entrevista semestral individualizada para cada médico residente con el tutor coordinador del SCGAD
- Entrevista con el tutor de cada unidad asistencial al finalizar cada rotatorio

Las conclusiones de dichas entrevistas se plasmarán en una ficha que será remitida a la comisión de docencia. Los médicos residentes dejarán constancia de las entrevistas y sus conclusiones en el libro del residente.

Después de cada periodo de rotación por otras unidades, el médico residente deberá asegurar la cumplimentación **del informe de evaluación de la rotación** por los respectivos tutores.

8.1.2 LIBRO DEL RESIDENTE

Cada médico residente deberá ser responsable de la creación y cumplimentación **del libro de residente en forma de portafolio**, mediante la colección de pruebas y evidencias de determinadas competencias. Con este método es la persona en formación quien dirige su aprendizaje y evaluación, reflexionando sobre su práctica en el contexto; los documentos o pruebas que obtiene pertenecen a la práctica real del desempeño alcanzado y el déficit.

En el libro figurará también la participación en las actividades asistenciales, docentes o de investigación y las rotaciones efectuadas. Dichas actividades también quedarán reflejadas y calificadas en otro documento de **informe de evaluación anual del tutor**, en el apartado de *actividades complementarias*.

Así mismo, el libro debe incorporar las observaciones sobre las aptitudes y conducta profesional. Todo ello visado por los responsables directos de la actividad reseñada.

Para la orientación del médico residente desde el año 2014, la comisión de docencia ha diseñado un modelo base de libro de residente y una guía para la cumplimentación del mismo, que serán proporcionados al médico al inicio de su periodo de formación por el tutor o tutores del SGAD. A parte, los residentes tienen su propia base de datos en Excel donde recogen su actividad quirúrgica diaria.

8.1.3 OTROS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DOCENTE

A criterio de los tutores y debidamente consensuados con los médicos residentes se pueden utilizar otros instrumentos para valorar su evolución docente tales como pruebas tipo test, orales o de preguntas cortas, videgrabaciones de la práctica clínica y análisis crítico de la misma, revisiones de historias clínicas, análisis curricular del médico residente etc..

Las conclusiones de la evaluación formativa se reflejarán en **los diferentes informes de evaluación de las rotaciones realizadas**, en el **informe de evaluación anual del tutor**, así como en la **evaluación anual por el Comité de Evaluación**, según directrices básicas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad aprobadas en la Resolución de 21 de marzo de 2018 de la Dirección General de Ordenación Profesional. La evaluación continuada debe hacerse patente por escrito en un acta de evaluación formativa, como mínimo en cada trimestre, y remitir una copia a la Comisión de Docencia.

8.2 EVALUACIÓN SUMATIVA

Tiene como objetivo certificar el nivel de la o el residente al finalizar un determinado período de formación (rotación, año, especialidad). Se realiza, por tanto, para medir el nivel de formación alcanzado y acreditar las capacidades adquiridas con el fin de garantizar la competencia profesional.

8.2.1 EVALUACIÓN ANUAL

Tiene la finalidad de calificar a los residentes al finalizar cada año del programa formativo. Se llevará a cabo por el correspondiente comité de evaluación 15 días antes de que acabe el año formativo, y sus resultados se trasladarán a la comisión de docencia para que proceda a su publicación en los términos previstos en la ley. El proceso se realiza en el último mes de cada año del periodo formativo por lo que, en ese mes, el médico residente debe permanecer en el hospital y no realizar ninguna rotación externa.

El informe anual del tutor es el instrumento básico y fundamental para la valoración del progreso anual del residente, y debe contener:

- Informes de la evaluación formativa, incluyendo informes de las rotaciones, los resultados de otras valoraciones durante el año de que se trate, y la participación del residente en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas relacionadas con el correspondiente programa.

- Informe de evaluación de rotaciones externas no previstas en el programa formativo.
- Informes que se soliciten a la jefatura de otras unidades asistenciales que participan en la formación.

8.3 EVALUACIÓN FINAL

Tiene la finalidad de verificar el nivel de competencias adquirido durante todo el período de residencia y calificar a los residentes para que accedan al título de especialistas.

El comité de evaluación, a la vista del expediente completo de todo el período de residencia, levantará acta otorgando a cada residente una de las siguientes calificaciones:

El Comité de evaluación decide la calificación anual del residente basándose en el Informe Anual del Tutor.

La calificación tendrá los siguientes efectos:

POSITIVA: cuando el residente haya alcanzado el nivel exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate. Requerirá que la Calificación Global Anual del Residente sea mayor o igual de 5.

NEGATIVA: cuando el residente no haya alcanzado el nivel mínimo exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate, bien porque la Calificación Global Anual del Residente sea menor de 5 o por otras causas administrativas. Deberá especificarse la causa:

A: NEGATIVA POR INSUFICIENTE APRENDIZAJE SUSCEPTIBLE DE RECUPERACIÓN. Cuando haya una o más rotaciones evaluadas negativamente, el Comité de Evaluación establecerá una recuperación específica y programada, que el especialista en formación deberá realizar dentro de los tres primeros meses del siguiente año formativo, conjuntamente con las actividades programadas de este periodo. En las especialidades de enfermería el periodo de recuperación será de dos meses. El contenido de la recuperación específica se hará constar en el apartado de OBSERVACIONES.

La prórroga anual del contrato por los restantes nueve meses del año formativo queda supeditada a la evaluación positiva del período de recuperación.

En las evaluaciones anuales negativas de último año, el período de recuperación implicará la prórroga del contrato por la duración del periodo de recuperación. La evaluación negativa del periodo de recuperación no tendrá carácter recuperable y

supondrá la extinción del contrato, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación y su resultado fuera positivo.

B: NEGATIVA RECUPERABLE POR IMPOSIBILIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUPERIOR AL 25% DE LA JORNADA ANUAL (suspensión de contrato u otras causas legales). El Comité de Evaluación establecerá el periodo de prórroga, que necesariamente no podrá ser inferior a la duración total de los periodos de suspensión, alcanzando incluso la repetición de todo el año. Una vez completado el periodo de recuperación se procederá a su evaluación. El periodo de prórroga propuesto se hará constar en el apartado de OBSERVACIONES.

La repetición completa del año requerirá que el periodo de suspensión de contrato sea mayor de 6 meses y que se emita una Resolución por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo informe de la Comisión de Docencia.

En aquellos supuestos en los que la suspensión del contrato sea inferior al 25% de la jornada anual y el Comité de Evaluación considere que el residente no ha podido alcanzar los objetivos y competencias del año formativo, podrá, excepcionalmente, evaluarle negativamente, acordando la realización de un periodo de recuperación, que no podrá ser superior al periodo de suspensión de contrato.

La evaluación negativa del periodo de recuperación o repetición de curso no tendrá carácter recuperable y supondrá la extinción del contrato, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación y su resultado fuera positivo.

C: NEGATIVA, NO SUSCEPTIBLE DE RECUPERACIÓN

- POR INSUFICIENTE APRENDIZAJE/NOTORIA FALTA DE APROVECHAMIENTO

- POR REITERADAS FALTAS DE ASISTENCIA NO JUSTIFICADAS

El Comité de Evaluación propondrá la extinción del contrato notificándolo al residente y al gerente de la Institución, que se llevará a efecto, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación y su resultado fuera positivo. En los documentos de evaluación del residente que sea evaluado negativamente debe estar acreditada la falta de aprovechamiento y las medidas que el tutor haya puesto en marcha para solventarlas y su carencia de resultado

Si el residente quiere optar a la calificación de destacado con mención, o de destacado con mención especial de la comisión nacional de su especialidad, debe solicitar revisión y la realización de una prueba a dicha comisión. Cuando la evaluación final sea negativa, el residente podrá solicitar su revisión a la comisión nacional de la especialidad para realizar la prueba ordinaria o extraordinaria, a través de la comisión de docencia.

Los comités de evaluación trasladarán a la comisión de docencia las evaluaciones, para que publique en el tablón de docencia una reseña firmada por el presidente, para que en el plazo de 10 días puedan consultarse en la secretaría de la comisión las calificaciones de las evaluaciones finales.

En la reseña del tablón de docencia debe constar:

- Nombre, apellidos y firma del presidente de la comisión de docencia, y en su defecto del vicepresidente.
- Información a los interesados respecto que a partir de su publicación se iniciará el cómputo de 10 días para solicitar la revisión de las evaluaciones finales, positivas y negativas, ante la comisión nacional de la especialidad.
- Diligencia específica del presidente de la comisión de docencia para hacer constar la fecha exacta de su publicación.

Transcurridos los 10 días, el presidente de la Comisión de docencia remitirá de inmediato al Registro Nacional de Especialidades en Formación las evaluaciones finales y las solicitudes de evaluación de las mismas.

CASTELLÓN MARZOO 2021

Fdo.

Rebeca Cosa, Karina Maiocchi

Laura Granel Villach, Raquel Queralt

TUTORES DE MÉDICOS RESIDENTES

José Manuel Laguna

JEFE DE SERVICIO y

COORDINADOR DE TUTORES

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y AD

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN