



ITINERARIO FORMATIVO
ESPECIALIDAD: APARATO DIGESTIVO
HOSPITAL NTRA. SRA. DEL PRADO

Fecha última actualización **ABRIL 2022**

Persona que lo ha elaborado **DR. ROBERTO POZO MORENO. Tutor residentes A. Digestivo**

Fecha de Aprobación en Comisión de Docencia **MAYO 2021**

CARTA DE BIENVENIDA

En nombre de todos los integrantes del Servicio de Aparato Digestivo, quiero darte la más cordial bienvenida. Vas a comenzar un proceso de formación que te llevará, con tu esfuerzo y con toda la colaboración por nuestra parte que puedas necesitar, a convertirte en un Digestivo autónomo en tu periodo de residencia. Nos llena de satisfacción el poder participar contigo en este proceso de aprendizaje profesional y personal.

Hemos elaborado esta Guía con la finalidad de que conozcas cómo se va a desarrollar tu proceso formativo, los objetivos docentes, así como el nivel de responsabilidad que se te exigirá en cada período de dicho proceso. Así mismo hemos querido reflejar en esta guía los Criterios que seguiremos para tu evaluación. En las primeras páginas encontrarás una breve descripción del Hospital y sus recursos, así como del Servicio de Aparato Digestivo en el que vas a integrarte.

Junto con este documento, recibirás el “Manual de Acogida” elaborado por la Comisión de Docencia que te servirá para un mejor conocimiento del Centro y de los trámites administrativos a realizar a tu incorporación.

El Servicio de Aparato Digestivo y yo particularmente, quedamos a tu disposición para lo que precises.

Doctor Roberto Pozo Moreno

Tutor de Residentes de Aparato Digestivo

ÍNDICE

1. Introducción y definición de la especialidad	3
1.1 Definición de la especialidad	3
1.2 Marco legal de la especialidad de Aparato Digestivo	4
2. Unidad Docente de Aparato Digestivo	5
2.1 Estructura Física	5
2.2 Organización jerárquica y funcional	7
2.3 Carta de servicios	7
3. Programa Formativo oficial del especialista en Aparato Digestivo	9
4. Objetivos y competencias de la especialidad de Aparato Digestivo	9
4.1 Objetivos generales	9
4.2 Objetivos específicos	10
4.3 Plan de rotaciones	15
4.4 Competencias específicas y supervisión por rotación	16
* Primer año de residencia	16
* Segundo año de residencia	24
* Tercer año de residencia	28
*Cuarto año de residencia	34

5. Guardias	37
6. Actividades formativas	38
7. Funciones del Tutor y proceso de evaluación del residente	40
8. Protocolo de supervisión del residente	43
9. Anexos	50
10. Bibliografía	55

1. INTRODUCCIÓN Y DEFINICIÓN DE LA ESPECIALIDAD

Las enfermedades relacionadas con el Aparato Digestivo tienen gran importancia en el ámbito de la medicina, ya que su nivel de prevalencia general representa, aproximadamente, el 20 % de los pacientes ingresados en los hospitales de nuestro país. La Especialidad de Aparato Digestivo es compleja por el gran número de órganos que incluye (Esófago, estómago, intestino delgado, intestino grueso, área recto-anal, páncreas, hígado, vías biliares y peritoneo), existiendo enfermedades específicas de cada uno de estos órganos. Los avances científicos en el ámbito de las Enfermedades del Aparato Digestivo, han sido de tal magnitud, que en el momento actual existen grandes áreas de las mismas que en un futuro próximo podrían transformarse en subespecialidades o áreas de capacitación específicas.

1.1 Definición de la especialidad:

La Especialidad de Aparato Digestivo se ocupa de las enfermedades del tubo digestivo (esófago, estómago, intestino y zona ano-rectal), hígado, vías biliares, páncreas y peritoneo; y concretamente de su etiología, epidemiología, fisiopatología, semiología, diagnóstico, pronóstico, prevención y tratamiento. De esta definición se desprende la estrecha vinculación de la Gastroenterología con otras ciencias y especialidades, especialmente con aquellas derivadas del tronco común de la Medicina Interna. La Especialidad de Aparato Digestivo al igual que el resto de la Medicina, está constituida por un conjunto de conocimientos mudables, y por unas destrezas y tradiciones cambiantes, aplicables a la conservación de la salud, la curación de las enfermedades y el alivio de los sufrimientos. Es decir, una característica de la Medicina es que se trata de una disciplina en constante cambio, por lo que verdades admitidas por una generación pasan a ser conceptos obsoletos para la siguiente, lo que obliga a una actualización continua de los conocimientos. Aparato Digestivo es por lo tanto una especialidad muy amplia, que incluye; la Gastroenterología Clínica, la Hepatología Clínica y la

Endoscopia. Muchos de sus métodos diagnósticos y terapéuticos son comunes a los usados en Medicina Interna y otras especialidades afines. No obstante, existen métodos diagnósticos y terapéuticos que son inherentes a la especialidad como la obtención de muestras de tejido mediante biopsias percutáneas o a través de procedimientos endoscópicos, la ecografía y endoscopia digestiva diagnóstica/ terapéutica, la manometría y pHmetría esofágicas, la manometría rectal, la hemodinámica hepática y las pruebas de función digestiva.

1.2 Marco Legal de la Especialidad de Aparato Digestivo

Las especialidades médicas en España se rigen por la siguiente legislación:

- Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.
- Real Decreto 1183/2008, de 8 de febrero, determina y clasifica las especialidades en Ciencias de la Salud, desarrollando determinados aspectos del sistema de formación sanitario especializado.
- Real Decreto 639/2014, de 6 de agosto, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específicas, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud, y se crean y modifican determinados títulos de especialista.

En la Unión Europea, de los 27 países (UE-27), se recogen 55 especialidades médicas por la vía de la formación residencial (Council Directive 2006/100/EC of 20 November 2006 y Reglamento (UE) 213/2001). Las especialidades médicas en Europa con formación residencial, se diferencian en 3 grupos según el número de estados miembros de UE-27 en los que se cumplen los requisitos establecidos en las directivas (2005/36/EC, 2006/100/EC y Reglamento (UE) 213/2011). Aparato Digestivo pertenece al segundo grupo en el que están la mayoría de las especialidades médicas europeas, “Especialidades con coordinación parcial”, común a $\frac{2}{3}$ de los Estados miembros y con la necesaria aprobación de la mayoría cualificada ($\frac{2}{3}$) del Comité para Reconocimiento de Cualificaciones Profesionales. A efectos prácticos, un gastroenterólogo español puede ejercer su especialidad en la mayor parte de los grandes países europeos sin necesidad de convalidaciones, siendo de hecho muy requeridos desde estos países.

2. UNIDAD DOCENTE DE APARATO DIGESTIVO

2.1 Estructura Física

El Hospital General Nuestra Señora del Prado figura entre los hospitales del SNS, dispone de 330 camas de hospitalización, consultas externas especializadas, Urgencias, servicios centrales

y rehabilitación. Está adscrito a la Universidad de Castilla la Mancha (UCLM) como Unidad Hospitalaria Docente. El área de salud que abarca supone algo más de un tercio de la provincia de Toledo. La atención sanitaria se presta en el propio hospital y centros de salud que forman parte del Área Integrada.

Actualmente está constituido por un bloque central con hospitalización, consultas externas y un edificio externo de Rehabilitación.

El Área Sanitaria cubre una población cercana a los 160.000 habitantes a la que se une los 30.000 habitantes procedentes del Valle del Tiétar. En nuestro Centro trabajan más de 1.400 trabajadores, siendo la empresa más grande de Talavera de la Reina,

En 2012 se integra en la Gerencia de Atención Integrada de Talavera tras la aprobación del Decreto 89/2012, de 14/06/2012, de estructura orgánica y funciones del Servicio de Salud de Castilla la Mancha, que tiene como objetivo la integración de los dos dispositivos sanitarios del área, Atención Primaria y Atención Especializada. Más tarde, la Orden de 18/12/2012, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, regula la estructura, organización y funcionamiento de estas Gerencias y define los recursos que se le adscriben.

El Hospital tiene la misión de **participar en la formación de profesionales** de las diferentes áreas de conocimiento en ciencias de la salud, con especial atención a la formación de especialistas incluidos en el Programa MIR.

Es una meta del Hospital **el desarrollar el máximo nivel de prestaciones asistenciales que sean posibles** y razonables en un centro de sus características, facilitando la incorporación de nuevas técnicas y garantizando un uso eficiente de los recursos.

Como meta del Hospital está el fomentar los canales de comunicación y cooperación con Atención Primaria, de forma que se garantice de manera eficaz la continuidad del proceso asistencial a los pacientes de nuestra área geográfica; garantizando la accesibilidad precisa, el adecuado confort y la atención personalizada que demande.

Los profesionales, proveedores de los servicios que el Hospital Universitario ofrece a sus pacientes, son un elemento fundamental e imprescindible de la organización. La formación, la motivación, la diferenciación y la adaptación a las circunstancias cambiantes de la asistencia presidirán las políticas de gestión de recursos humanos como instrumento imprescindible para alcanzar con éxito los objetivos del hospital.

El Hospital consta de distintas instalaciones con presencia del Servicio:

ENDOSCOPIA

- Tres salas de endoscopia. Situadas en el área quirúrgica, segunda planta. Donde se realizan gastroscopias, colonoscopias, procedimientos terapéuticos endoscópicos y ecoendoscopia.
- Área de despertar anexa a endoscopias y consulta de enfermería con ese fin.

Una de las salas mencionadas se usa además, para actividad endoscópica en horario de tarde.

- Ocasionalmente, la sala de fibrobronoscopias asignada al servicio de Neumología también se usa por el Servicio para la realización de gastroscopias.
- Sala telemando, ubicada en el servicio de Radiodiagnóstico, donde se realizan los procedimientos de CPRE, colocación de prótesis de tubo digestivo, ablación con radiofrecuencia de lesiones esofagogastricas.
- Área de reprocesamiento de endoscopios.
- Área de trabajo para médicos.
- Vestuarios.

CONSULTAS

- Tres consultas. Situadas en la segunda planta. Dos de ellas se usan como consultas generales, y la tercera para consulta de Hepatología, EII y cribado de cáncer de colon.
- Una consulta adicional de polivalente donde además de consulta se realizan ecografías abdominales y elastografías.
- Consulta de Enfermería.
- Secretaría de consultas.

ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

Cuarta planta.

- Camas hospitalarias.
- Sala de sesiones.
- Áreas de trabajo para médicos.
- Secretaría de Hospitalización

2.2 Organización jerárquica y funcional

Jefe de Servicio:

Dr. Moises de Vicente, jefe de servicio de Medicina Interna, al cual se encuentra adscrito el servicio de Digestivo actualmente.

Coordinador de Servicio y responsable

Dr. Enrique Guerrero Vega

Tutor de Residentes

Dr. Roberto Pozo Moreno

Facultativos Especialistas de Área

Dr. Sergio Areses Salas

Dra. Rosario González Casas

Dr. José Daniel Escobedo Franco

Dra. Patricia Rivas Maldonado

Dra. Isabel Socorro Muñoz Hernández

Dra. Edel Berroa de la Rosa

Dra Inés Alia Moreno

Dr. Huáscar Alexis Ramos Rosario

Dra Marta Isabel Díaz de la Torre

2.3 Cartera de Servicios

La Unidad de Endoscopia Digestiva posee un total de 3 salas con actividad endoscópica diaria, haciendo uso de ellas, también en horario de tarde. En esta sala se realizan también las exploraciones de Ecoendoscopia diagnóstica/terapéutica.

La sala que se utiliza para la realización de CPRE, está ubicada en el servicio de Radiodiagnóstico, planta baja, dotada de fluoroscopia donde se realiza CPRE, Colangioscopia, Intervencionismo endoscópico y Ecoendoscopia terapéutica

Además, entre los proyectos futuros del servicio se encuentran la puesta en marcha de técnicas de Manometría y pHmetría.

El área de endoscopias cuenta con una consulta de enfermería donde se preparan a los pacientes para la realización de las endoscopias y una sala anexa que se utiliza para el despertar tras los procedimientos con sedación.

La Unidad de Endoscopia cuenta con 7 gastroscopios, 7 colonoscopios, 2 duodenoscopios, 4 videoprocadores, 1 infusor de CO₂, 2 fuentes de corte, una fuente de APC, un procesador y ecoendoscopio con ecógrafo y sonda abdominal. Un endoscopio radial, y otro lineal. En el área de procesado de las endoscopias contamos con tres lavadoras.

La actividad de endoscopia del Servicio es alta, con una gran demanda y presión asistencial, en la que los residentes pueden iniciarse durante su período formativo. Contamos con un equipo de enfermería de larga experiencia y elevada cualificación en endoscopia.

El servicio dispone de Consultas monográficas de Hepatología, EII, consulta de cribado de cáncer de colon y tumores digestivos donde se hace seguimiento de aquellos pacientes que surgen del programa de cribado de CCR y patologías tumorales que requieren de una actuación preferente en su tratamiento.

La Unidad de Hospitalización, desarrolla una alta actividad médica, atendiendo una gran variedad y complejidad de pacientes. De esta forma se asegura una formación clínica digestiva correcta durante el periodo de formación MIR.

En definitiva, el Servicio de Aparato Digestivo presenta una enorme carga asistencial, con inmensas posibilidades de desarrollo, actualmente en un proceso de crecimiento ilusionante, y con una perspectiva de futuro que estará llena de oportunidades para los residentes que se formen en él.

3. PROGRAMA FORMATIVO OFICIAL DEL ESPECIALISTA EN APARATO DIGESTIVO

La guía de formación de la especialidad publicada en BOE por el Ministerio de Sanidad puede obtenerse desde:

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/docs/NParatoDigestivo.pdf>

4. OBJETIVOS Y COMPETENCIAS DE LA ESPECIALIDAD DE APARATO DIGESTIVO

4.1 Objetivos Generales

Los objetivos o “Competencias” de un especialista en Aparato Digestivo se centran en la adquisición de un nivel profesional correspondiente a lo que la Guía oficial considera como el perfil profesional de la especialidad. A continuación, reproducimos esa parte de la guía docente tal y como se publicó en el decreto (Ver anexo al final del documento).

El Especialista del Aparato Digestivo debe tener los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para orientar clínicamente el diagnóstico de los pacientes con enfermedades digestivas, aplicar las pruebas complementarias más apropiadas siguiendo criterios de coste/beneficio que contribuyan a realizar ese diagnóstico, determinar el pronóstico y recomendar la terapéutica más apropiada, lo que implica:

- a. Tener una sólida formación en Medicina Interna y amplios conocimientos sobre fisiopatología, clínica, prevención y tratamiento de las enfermedades digestivas, así como de sus indicaciones quirúrgicas.
- b. Dominar las técnicas relacionadas con la especialidad, principalmente la endoscopia y ecografía digestiva diagnóstica y terapéutica, debiendo conocer así mismo en profundidad, la interpretación de las técnicas de imagen.
- c. Tener una amplia experiencia clínica a través del contacto directo con pacientes en el hospital y la consulta externa a fin de ser un experto en las diferentes fases del curso evolutivo de las enfermedades digestivas.
- d. Conocer y saber aplicar conceptos relacionados con la medicina preventiva, salud pública, epidemiología clínica, bioética y economía sanitaria, así como conocimientos sobre investigación clínica de forma que este especialista tenga una mentalidad crítica en el análisis de la bibliografía médica.

El programa oficial de la especialidad referenciando en esta guía define perfectamente los conocimientos, habilidades y actitudes del especialista en Aparato Digestivo, que por tanto no reiteramos.

4.2 Objetivos Específicos

Se relacionan con las competencias en los grandes síndromes de la especialidad. La evaluación de los síntomas de los pacientes es la competencia central del gastroenterólogo. La realización de esta evaluación de forma adecuada conduce al diagnóstico con mínima necesidad de exploraciones complementarias. La evaluación satisfactoria de los síntomas descansa en las habilidades de comunicación adecuadas, con capacidad analítica informada por un conocimiento profundo de la fisiología gastrointestinal. La adquisición de estas habilidades requiere un aprendizaje gradual a lo largo del período de residencia, en la que el residente tendrá que enfrentarse a un número considerable de pacientes para poder desarrollarlas, inicialmente con supervisión directa y posteriormente con una supervisión más distante, pero con una reflexión serena con el médico especialista que tutoriza este aprendizaje, que debe evolucionar a lo largo del período de residencia.

Dolor abdominal agudo

- Conocer la neuroanatomía del dolor.
- Demostrar la adecuada realización de la historia clínica, del dolor, de la sistemática y completa.
- Adecuada exploración abdominal y tacto rectal
- Selección cuidadosa y apropiada de exploraciones complementarias.
- Diferenciar de forma precisa la apendicitis aguda, enfermedades biliares agudas, diverticulitis, obstrucción de intestino delgado, pancreatitis, perforaciones, isquemia mesentérica y aneurisma de aorta.

Dolor abdominal crónico

- Fisiología del dolor visceral.
- Historia clínica. Criterios de Roma y de Manning.
- Causas orgánicas intra y extradigestivas.
- Abordaje integral del paciente psicológico y social.

Semiología digestiva

- Historia clínica de Aparato Digestivo: Semiología. Reconocimiento de síndromes clínicos de la especialidad. Rendimiento e indicación correcta de pruebas diagnósticas y analíticas.
- Radiología de Aparato Digestivo; Indicaciones y rendimiento diagnóstico.
- Pruebas funcionales de Aparato Digestivo: Indicaciones y rendimiento diagnóstico.
- Endoscopia digestiva alta: Indicaciones, interpretación de hallazgos endoscópicos e histológicos.
- Estudio radiológico baritado: Interpretación de imágenes fisiológicas y patológicas.
- Endoscopia digestiva baja: Indicaciones, realización e interpretación de hallazgos endoscópicos e histológicos.
- Ecografía hepatobiliar
- TAC abdominal: indicaciones e interpretación de imágenes
- Biopsia hepática: indicaciones e interpretación.

Enfermedades del esófago

- Abordaje del paciente con disfagia: algoritmo diagnóstico y terapéutico
- Trastornos motores esofágicos: diagnóstico diferencial y posibilidades terapéuticas. Características manométricas.
- Reflujo gastroesofágico y enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- Manejo diagnóstico y terapéutico. Guía de práctica clínica de la Asociación Española de Gastroenterología.
- Esófago de Barrett. Manejo diagnóstico, seguimiento endoscópico y tratamiento del esófago de Barrett.

- Esofagitis químicas y físicas.
- Esofagitis infecciosas
- Esofagitis eosinofílicas
- Divertículos esofágicos. Clasificación, manifestaciones clínicas y posibilidades terapéuticas.
- Cáncer de esófago y lesiones preneoplásicas. Carcinoma epidermoide de esófago y adenocarcinoma de cardias. Manifestaciones clínicas.
- Diagnóstico y posibilidades de tratamiento
- Hemorragia digestiva alta varicosa: Manejo del paciente con hemorragia digestiva alta varicosa. Indicaciones endoscópicas en la hemorragia digestiva alta varicosa. Otras posibilidades terapéuticas en la hemorragia digestiva alta varicosa.

Estómago y duodeno

- Hemorragia digestiva alta: Manejo del paciente con hemorragia digestiva alta. Clasificación de la gravedad. índice de Rockall.
- Indicaciones endoscópicas en la hemorragia digestiva alta. Indicaciones quirúrgicas en la hemorragia digestiva alta.
- Dispepsia. Clasificación. Guías de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la dispepsia de la Asociación Española de Gastroenterología.
- Gastritis y gastropatías: Gastritis asociada a *Helicobacter pylori*. Gastritis hiperplásica y Enfermedad de Menetrier. Gastritis atrófica autoinmune.
- Enfermedad ulcerosa péptica y duodenal. Guías de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento.
- Cáncer gástrico y lesiones precancerosas.
- Linfoma MALT gástrico. Otros linfomas gástricos.
- Tumores gástricos submucosos. Leiomioma. Leiomiosarcoma. Lipoma gástrico y Tumor de GIST.

Intestino delgado

- Síndrome de malabsorción: manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento.
- Diarrea aguda: Criterios diagnósticos. Diagnóstico diferencial y tratamiento.
- Diarrea crónica: Criterios diagnósticos. Diagnóstico diferencial entre síndrome funcional y orgánico. Manejo y tratamiento.
- Enfermedad celíaca, enfermedad de Whipple, linfangiectasia intestinal,

abetalipoproteinemia, amiloidosis intestinal y sobrecrecimiento bacteriano.

Características clínicas diagnóstico y tratamiento

- Enfermedad inflamatoria intestinal: Manifestaciones en intestino delgado.
- Algoritmo diagnóstico y terapéutico. Guías de práctica clínica. Indicaciones quirúrgicas de la enfermedad inflamatoria intestinal de intestino delgado.
- Adenocarcinoma de intestino delgado
- Linfomas de intestino delgado: Enfermedad inmunoproliferativa intestinal. Linfoma mediterráneo.
- Poliposis gastrointestinal. Protocolos diagnósticos y guías clínicas de seguimiento.

- Patología vascular de intestino delgado. Manifestaciones clínicas. Diagnóstico y tratamiento.

Colon y recto

- Estreñimiento crónico: Algoritmo diagnóstico y tratamiento.
- Hemorragia digestiva baja: manejo del paciente con hemorragia digestiva baja. Clasificación de la gravedad. Indicaciones de colonoscopia en la hemorragia digestiva baja. Indicaciones quirúrgicas en la hemorragia digestiva baja.
- Enfermedad diverticular del colon: manifestaciones clínicas y posibilidades terapéuticas. Diverticulitis aguda.

- Colopatía funcional y síndrome de intestino irritable. Guía de práctica clínica de la Asociación Española de Gastroenterología.
- Enfermedad inflamatoria intestinal: colitis ulcerosa y colitis granulomatosa. Algoritmo diagnóstico y terapéutico. Guías de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento. Indicaciones quirúrgicas de la enfermedad inflamatoria intestinal de colon.
- Pólipos y síndromes de poliposis colónicas. Algoritmo diagnóstico, tratamiento y protocolos de seguimiento. Aplicación de guías de práctica clínica. Guías de práctica clínica de la Asociación Española de Gastroenterología.
- Adenocarcinoma de colon y recto. Manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. Seguimiento post quirúrgico del cáncer colorrectal intervenido.
- Síndromes de cáncer de colon familiar. Poliposis adenomatosa familiar y cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis. Diagnóstico genético. Consejo genético. Estrategias de prevención familiar. Protocolos de seguimiento clínico y endoscópico.
- Patología vascular del colon: Diagnóstico y tratamiento de la colitis isquémica.
- Megacolon: Diagnóstico diferencial y manejo terapéutico

Hígado, vías biliares y páncreas

- Colestasis: Algoritmo diagnóstico, diagnóstico diferencial y tratamiento
- Ascitis: Algoritmo diagnóstico, diagnóstico diferencial y tratamiento. Conferencias de consenso.
- Hipertensión portal: Diagnóstico diferencial y manejo de la hipertensión portal. Conferencias de consenso.
- Encefalopatía hepática: manifestaciones clínicas, diagnóstico y manejo terapéutico.
- Insuficiencia hepática aguda
- Hepatitis aguda.

- Hepatitis crónica viral
- Cirrosis hepática.
- Esteatohepatitis no alcohólica.
- Hígado y alcohol. Esteatohepatitis alcohólica. Hepatitis aguda alcohólica y cirrosis alcohólica.
- Hígado y fármacos
- Hepatopatías metabólicas.
- Lesiones ocupantes de espacio hepáticas: algoritmo diagnóstico, diagnóstico diferencial y manejo terapéutico.

- Hepatocarcinoma. Manejo terapéutico. Conferencias de Consenso.
- Trasplante hepático: Indicaciones de trasplante hepático. Estudio pretrasplante hepático. Manejo de medicación inmunosupresora en el paciente trasplantado hepático. Complicaciones postrasplante hepático, diagnóstico y tratamiento.
- Litiasis biliar: manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento.
- Pancreatitis aguda: criterios diagnósticos, clasificación de la gravedad, diagnóstico etiológico y tratamiento.
- Pancreatitis crónica: criterios diagnósticos, diagnóstico etiológico, manifestaciones clínicas y tratamiento.
- Adenocarcinoma de páncreas: Manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

- Tumores quísticos del páncreas: Diagnóstico diferencial y manejo terapéutico.

4.3 Plan de rotaciones

A continuación, se señala en la tabla el plan de rotaciones de la especialidad de Aparato Digestivo.

Año de Residencia	R1	R2	R3	R4
Junio	M Interna	Hospitalización Digestivo	Consulta general y monográfica	Rot Externa Libre/Rot.
Julio	M Interna	Hospitalización Digestivo	Consulta general y monográfica	Rot Externa Libre/Rot.
Agosto	Vacaciones	Vacaciones	Vacaciones	Vacaciones
Septiembre	M Interna	Consulta general	Endoscopias	Hepatología Trasplante
Octubre	M Interna	Consulta general	Endoscopias	Hepatología Trasplante
Noviembre	Hospitalización Digestivo	Hospitalización Digestivo	Endoscopias	Consultas Nivel 1
Diciembre	Hospitalización Digestivo	Hospitalización Digestivo	Endoscopias	Consultas Nivel 1
Enero	Atención primaria	Hospitalización Digestivo	Hospitalización Digestivo	Consultas Endoscopias
Febrero	Radiodiagnóstico	Ecografía	UCI	Consultas Endoscopias

Marzo	Radiodiagnóstico	Ecografía	UCI	Consultas Endoscopias
Abril	Cirugía General	Pruebas funcionales	Endoscopias	Consultas Endoscopias
Mayo	Endocrino- Nutrición	Hospitalización Digestivo	Endoscopias	Consultas Endoscopias

4.4 Competencias específicas y supervisión por rotación

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

Introducción

Durante el primer año de la residencia de Aparato Digestivo es fundamental que el residente se acostumbre al trato directo con el paciente de Medicina Interna en general, para luego, después de adquirir conocimientos específicos sobre la historia clínica en Medicina Interna, centrarse en la patología netamente digestiva. Este primer período estará dedicado a la Medicina Interna, una rotación central para poder manejar la patología de nuestros pacientes, que casi nunca se presentan únicamente con enfermedades digestivas. En estos cuatro primeros meses el residente tratará de integrarse plenamente en el funcionamiento y trabajo de este Servicio. Acudirá a las sesiones científicas del mismo, y, cuando no las haya, podrá acudir a las de nuestro Servicio. Procurará centrarse en pacientes sin patología digestiva, a fin de ampliar al máximo sus conocimientos sobre Medicina Interna en general.

En la zona de Hospitalización de Aparato Digestivo, se encargará de los

pacientes de Digestivo siempre bajo la supervisión constante del adjunto de referencia. Durante este periodo se familiarizará con el manejo general de los pacientes que más frecuentemente encontramos en nuestra planta. Podrá iniciarse en la historia clínica digestiva y técnicas sencillas como la paracentesis diagnóstica. El control general del enfermo hospitalizado se hará siempre con la supervisión presencial, directa y fehaciente (en documentos escritos) del adjunto.

Durante 2 meses rotará por el Servicio de Radiodiagnóstico con el objeto de aprender a interpretar imágenes de TC y RMN fundamentalmente a nivel digestivo, estudios baritados, así como familiarizarse con técnicas de radiología intervencionista directamente relacionadas con la especialidad (drenajes, drenaje de vía biliar, radiofrecuencia y quimioembolización, etc.).

La rotación por atención primaria supone un requerimiento derivado de la troncalidad de las especialidades médicas. La atención primaria debería ser la puerta principal de entrada de pacientes al sistema sanitario, constituyendo la especialidad de Aparato digestivo una de las más frecuentemente tratadas en este nivel de asistencia. La experiencia de rotación en atención primaria puede y debe hacer que el residente se familiarice con la muy frecuente patología funcional, que comprenda el manejo de síndromes que no requieren el concurso del especialista, y conocer más profundamente el funcionamiento del sistema sanitario. Esta rotación supondrá contemplar en primera línea la enorme carga asistencial que suponen los procesos digestivos en este campo, especialmente procesos funcionales como el síndrome de intestino irritable o dispepsia funcional. En ella observará la importancia y la práctica de la relación entre los diferentes niveles asistenciales de nuestro sistema sanitario.

De aquí el residente pasará al Servicio de Cirugía General en el que dedicará un mes especialmente a participar en la actividad quirúrgica y asomarse “en directo” al objeto fundamental de nuestra especialidad: la cavidad abdominal.

El último mes estará dedicado a la familiarización, a través del servicio de Endocrino-Nutrición, con el diagnóstico de la desnutrición en el paciente hospitalizado, tan frecuente en la patología digestiva, así como el manejo de las pautas de nutrición enteral, parenteral y suplementación. Del mismo modo podrá aprender del manejo de la terapia con insulina.

El residente participará en todas las sesiones de los servicios en los que rote, pudiendo participar en las de nuestro servicio en el caso de que no las haya en el Servicio por el que rote en ese momento. Mantendrá un contacto permanente con el tutor, al menos una entrevista trimestral y será incluido en diversas líneas de investigación de las que tenemos actualmente en marcha.

Al final de este periodo el residente debe ser capaz de hacer historias clínicas completas e informes. Todas las actividades deben llevarse a cabo directamente por el residente bajo la supervisión del tutor correspondiente.

OBJETIVOS GENERALES DEL PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

Profundizar, mediante el estudio tutelado, en el conocimiento de las enfermedades más relevantes del área de la medicina interna, particularmente en las que concurren más frecuentemente en el paciente con enfermedades digestivas.

Tener la oportunidad de observar y manejar directamente pacientes que padecen enfermedades muy diversas y variadas, particularmente las respiratorias, las cardiocirculatorias, las renales,

las endocrinas, las neurológicas, las metabólicas, las infecciosas, hematológicas, oncológicas y reumatológicas de alta prevalencia.

En la rotación por la cirugía digestiva se debe profundizar en el diagnóstico, la estadificación, la historia natural, el manejo quirúrgico y el pronóstico de las neoplasias digestivas. Asimismo, debe consolidar sus conocimientos sobre las indicaciones, las contraindicaciones y el curso postoperatorio de los procedimientos quirúrgicos habituales. También debe adquirir conocimientos y habilidades en Proctología básica (niveles 2 y 3).

Familiarizarse con la interpretación de las técnicas de imagen y comprender sus ventajas y sus limitaciones en general, y desarrollar habilidades y conocimientos en aspectos más detallados y complejos de la interpretación de la radiografía simple de tórax, abdomen y de la tomografía axial computarizada abdominal (niveles 1 y 2).

Profundizar en los aspectos relacionados con la entrevista clínica y la realización de una historia clínica y una exploración física completa y detallada, siendo capaz de identificar problemas clínicos y de planificar actitudes diagnósticas y terapéuticas encaminadas a su resolución.

Familiarizarse con los procedimientos diagnósticos de uso más frecuente y conocer sus indicaciones, contraindicaciones y complicaciones potenciales, sabiendo interpretar con facilidad los resultados obtenidos de dichos procedimientos.

Saber cómo debe seguirse la evolución de los pacientes y profundizar en el conocimiento de la historia natural de las enfermedades.

Desarrollar habilidades en la comunicación interpersonal con los pacientes, incluyendo los ancianos y sus familiares, de forma que, al final del primer año, el residente debe ser capaz de realizar informes clínicos completos. Al terminar este período, el residente debe haber atendido con tutela directa, al menos, a 300 pacientes hospitalizados. Todas las actividades, incluida la atención urgente a los pacientes, deben llevarse a cabo directamente por el residente bajo la supervisión del tutor correspondiente (niveles 2 y 3).

Actividades científicas e investigadoras

Aspectos generales.

El médico residente debe tomar conciencia durante el período de residencia de la necesidad de integrar la docencia y la investigación como partes indispensables en la labor médica. Para ello es esencial que participe activamente en las actividades de formación continuada y de investigación del Servicio y del Centro. En todo momento el residente debe incorporarse paulatinamente a los equipos de trabajo, con un nivel de responsabilidad progresivamente más alto, y en ningún caso su formación en esta área debe limitarse a aspectos meramente teóricos. Con más detalle debe:

- a. Participar activamente en el desarrollo de las sesiones clínicas del Servicio, en conjunto con otros Servicios y/o Unidades, y las generales de Hospital.
- b. Tomar parte activa en revisiones bibliográficas periódicas, otras actividades docentes del Servicio.
- c. Participar activamente en el desarrollo de las sesiones de investigación del Servicio.
- d. Debe formarse en metodología de la investigación, y en aquellas materias complementarias como idiomas, y uso avanzado de herramientas informáticas.
- e. Desarrollar las capacidades y habilidades necesarias para la comunicación de los resultados de los trabajos de investigación, tanto en el formato de comunicación a reuniones y congresos, como en la redacción y envío de trabajos científicos para su publicación.
- f. Sería deseable la iniciación a actividades de investigación orientadas al desarrollo de un proyecto para la obtención del título de Doctor, a través de la participación de líneas de investigación en curso o inicio de las mismas, así como la familiarización en trámites para la obtención de becas de investigación.

Actividades:

- a. Asistir a las sesiones clínicas generales del hospital.
- b. Asistir con participación activa a las sesiones clínicas de los Servicios por los que rote.
- c. Asistir a las actividades formativas programadas por la Comisión de Docencia

de acuerdo con el Tutor; que deben incluir una formación en metodología de la investigación y materias auxiliares.

- d. Comenzar el programa de Tercer Ciclo y Doctorado.
- e. Asistir a Reuniones Científicas locales y/o nacionales

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE CADA ROTACIÓN

Rotación en Medicina Interna:

1. Adquirir los conocimientos y habilidades básicas para la realización de la historia clínica y exploración física.
2. Adiestrarse en el proceso deductivo diagnóstico y terapéutico básico.
3. Aprender la sistemática de manejo de historias clínicas, conocimiento del

sistema de información y documentación clínica y la realización de informes de alta de hospitalización.

4. Conocimiento de la sistemática de solicitud de exploraciones complementarias y analíticas del Hospital.
5. Sistemática de estudio de las enfermedades infecciosas y sus protocolos de tratamiento, con especial atención a las infecciones nosocomiales y en pacientes inmunodeprimidos y el manejo correcto de los agentes antimicrobianos.
6. Realización de técnicas diagnósticas (este hecho es variable, ya que depende del médico adjunto, del residente, del número de residentes que haya con cada adjunto y de que esas técnicas “surjan” durante el periodo de rotación): canalización de vías centrales, paracentesis, toracocentesis, artrocentesis, punción, lumbar, etc.

Rotación en Hospitalización de Digestivo

La rotación por este Servicio tendrá una duración de 2 meses del primer año de Residencia.

Tras la rotación por Medicina Interna, el residente realizará una primera aproximación al paciente ingresado por patología digestiva, con aprendizaje del manejo e historia clínica específica.

OBJETIVOS TEÓRICOS.

1. Conocimiento de la anatomía y patología básica del tracto digestivo.
2. Conocimiento de la anatomía y patología básica de la glándula pancreática.
3. Conocimiento clínico de los trastornos funcionales digestivos y de los trastornos motores digestivos con capacidad para conocer las indicaciones, contraindicaciones e interpretar las principales pruebas funcionales digestivas.
4. Conocimiento clínico de las enfermedades relacionadas con el ácido, con la infección por *H. pylori* y con la toma de antiinflamatorios no esteroideos.
5. Capacidad para la orientación diagnóstica en la patología oncológica del tracto gastrointestinal.
6. Conocimiento clínico de la patología pancreática aguda y crónica con capacidad para orientar las exploraciones diagnósticas. Capacidad para la orientación diagnóstica en la patología pancreática tumoral
7. Conocimiento clínico y capacidad para la orientación diagnóstica ante un cuadro de diarrea, con su definición y caracterización. Capacidad para pautar el tratamiento.
8. Conocimiento de la anatomía y patología básica del hígado y del sistema biliar.
9. Conocimiento clínico de las principales causas de hepatopatía crónica con criterio para iniciar un diagnóstico diferencial racional.
10. Reconocimiento de las principales complicaciones de la cirrosis hepática y su tratamiento: fallo hepático fulminante, encefalopatía hepática, peritonitis bacteriana espontánea, síndrome hepatorenal, hemorragia por varices esofágicas. Enfoque diagnóstico terapéutico.

11. Adquirir conocimientos en patología del tracto biliar, su anatomía, fisiopatología y patología concreta.
12. Conocimiento y tratamiento de las posibles complicaciones sépticas de los pacientes ingresados (abscesos, septicemias, colangitis...) con reconocimiento de las situaciones de gravedad. Uso racional de la antibioterapia.
13. Adquirir conocimientos de manejo de fluidos y conocer la adecuación de los balances líquidos y energéticos de los pacientes.

OBJETIVOS PRÁCTICOS.

1. Historia clínica en Aparato Digestivo, realización de la historia clínica y diagnóstico diferencial de cada enfermo ingresado a nuestro cargo, con el posterior comentario crítico con el adjunto de referencia.
2. Reconocer las características del dolor abdominal, con descripción completa del mismo en todos sus aspectos.
3. Diferenciar un abdomen agudo de dolor abdominal no urgente.
4. Diferenciar hemorragia alta y baja.
5. Evaluación de la ictericia. Diagnóstico diferencial entre causas médicas y quirúrgicas.
6. Historia clínica y familiar en EII, enfermedad ulcerosa, enfermedades hepáticas y tumores gastrointestinales.
7. Adecuada y completa recogida de antecedentes familiares.
8. Elaborar una exploración clínica completa a un paciente.
9. Capacidad de realización de una adecuada exploración por aparatos.
10. Capacidad para realizar una exploración proctología adecuada reconociendo lesiones a la inspección y adquiriendo habilidades para la realización en interpretación del tacto rectal y de la anoscopia.
11. Datos de enfermedad hepática crónica precoces y tardíos.
12. Signos de hipertensión portal.
13. Manifestaciones cutáneas y articulares de las enfermedades digestivas.
14. Exploración abdominal determinando distensión abdominal, visceromegalias y ruidos abdominales.
15. Tratamientos de pacientes ingresados con patología frecuente. Al final de la rotación el residente será capaz de tratar de forma autónoma cuestiones básicas de gastroenterología y Hepatología como la Hemorragia digestiva alta, Pancreatitis aguda leve-moderada, descompensación hidrópica en la cirrosis hepática, hemorragia por varices esofágicas, estudio de extensión de neoplasias etc.
16. Nociones del manejo general del paciente ingresado, gestión de camas, derivación a consultas externas para completar estudios.
17. Participación en protocolos de investigación con pacientes ingresados.

18. Presentación de pacientes en las sesiones clínicas, participación activa en las discusiones de los problemas clínicos que se presentan:
 - Conocimiento de las indicaciones y contraindicaciones de los procedimientos diagnósticos relacionados con la especialidad.
 - En general, se trata de adquirir los conocimientos adecuados para solicitar la prueba diagnóstica más racional en cada momento.
 - Capacidad para la indicación racional en la solicitud de exploraciones analíticas o de laboratorio.
 - Conocimiento de las indicaciones, contraindicaciones e interpretación de la endoscopia digestiva alta y baja.
 - Capacidad para la indicación racional e interpretación de la radiología baritada: estudio gastroduodenal, tránsito intestinal y enema opaco.
 - Capacidad para la indicación racional de ecografía, resonancia magnética y colangiografía (resonancia).
19. Contribución a la elaboración y actualización de los protocolos clínicos del Servicio especialmente relacionado con la asistencia en planta.
20. Habilidades técnicas: Paracentesis diagnóstica y terapéutica, inserción de sondas nasogástricas y rectales.

Rotación en Atención Primaria:

1. Valoración de trastornos digestivos en Atención Primaria. Profundización en criterios de derivación.
2. Conocimiento de criterios diagnósticos de la patología funcional. Aplicación clínica directa a los pacientes.
3. Funcionamiento de la Atención Primaria. Vínculos y sistemas de comunicación con Atención Especializada.
4. Atención integral al paciente con problemas digestivos.
5. Contribución de la Atención Primaria al seguimiento integral de pacientes con Enfermedades crónicas digestivas: Enfermedades Hepáticas y EII.
6. Criterios de solicitud de exploraciones endoscópicas desde Atención Primaria.

Rotación en Radiodiagnóstico:

1. Obtener la capacidad de la interpretación de las técnicas de imagen y comprender las ventajas y limitaciones en general de las técnicas de imagen.
2. Desarrollar habilidades y conocimientos en aspectos más detallados y complejos de la interpretación de la TAC y RMN.

3. Familiarizarse con técnicas de radiología intervencionista vinculadas a la especialidad, sus indicaciones y limitaciones.

Rotación en Cirugía General

1. Indicaciones, contraindicaciones y curso postoperatorio de los procedimientos quirúrgicos habituales.
2. Abdomen agudo: Diagnóstico diferencial. Indicaciones y momento de Cirugía.
3. Manejo general del enfermo quirúrgico, protocolos de funcionamiento en un Servicio de Cirugía.
4. Manejo especial de pacientes agudos quirúrgicos: Pancreatitis aguda grave, hemorragia digestiva grave y urgencias abdominales.
5. Manejo especial de pacientes con neoplasias digestivas susceptibles de tratamiento quirúrgico.
6. Criterios de traslado a Cirugía de pacientes digestivos, toma de decisiones en cuanto al tipo de pacientes y el momento de ingreso.
7. Ritmo de trabajo en quirófano. Organización de sesiones y presentación de los pacientes quirúrgicos.
8. Complicaciones y cuidados del paciente postoperado. Control de infecciones en Cirugía.
9. Diagnóstico, estadificación e historia natural, manejo quirúrgico y pronóstico de las neoplasias digestivas.
10. Proctología básica.

La rotación por este Servicio tendrá una duración de 1 mes. La parte central de la rotación será el quirófano, donde el residente observará casos de Cirugía Abdominal, familiarizándose con el tratamiento quirúrgico de diversos procesos abdominales.

Rotación en Endocrino-Nutrición:

1. Detectar y tratar los problemas nutricionales de los pacientes.
2. Manejo de los distintos procedimientos de Nutrición Artificial: Nutrición Parenteral, Nutrición Enteral, tipos de vías de acceso venoso, tipos acceso enteral (incluye Gastrostomías percutáneas) tipos de sondas enterales, modos de nutrición artificial y sus bases fisiológicas, ventajas, inconvenientes, indicaciones y contraindicaciones. (nivel 1). Ser capaz de identificar, tratar y prevenir las complicaciones de la Nutrición Artificial.
3. Pautas de insulino terapia en pacientes hospitalizados

SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

INTRODUCCIÓN

El segundo año de la residencia de Aparato Digestivo supone adentrarse con relativa profundidad en alguno de los pilares básicos de la especialidad: La clínica, que comprende Gastroenterología y Hepatología y la ecografía.

Inicialmente el residente, de vuelta de un primer año más general, rotará por la planta de Aparato Digestivo un total de 6 meses, dividido en periodos. Además de la historia clínica específica que debe dominar de forma autónoma, se iniciará en la toma de decisiones terapéuticas, indicaciones de técnicas específicas, elaboración de informes y sistemática de trabajo en la sala, continuando con la progresiva adquisición de autonomía clínica, de tal forma que al final de esta fase pueda desenvolverse con cierta soltura en los aspectos fundamentales de un gastroenterólogo básico.

Iniciará su paso por las consultas externas de gastroenterología general de nuestro servicio será una rotación diaria, en la que estará en todo momento acompañado y tutelado por un adjunto y en donde aprenderá el manejo de la patología digestiva ambulatoria.

Debido a la forma de desarrollo de actividad en ecografía de nuestro servicio, en el que no se dispone de agenda a diario, esta unidad docente tiene acuerdo de colaboración concertado con otros centros docentes en los que realizará formación intensiva durante dos meses en ecografía abdominal.

Del mismo modo, la rotación de pruebas funcionales será una rotación en otro centro docente, durante un periodo de un mes. Es proyecto del servicio iniciar nuestra propia actividad en el centro en este campo, por lo tanto la formación del residente se plantea también como una oportunidad laboral una vez terminado el periodo MIR.

OBJETIVOS GENERALES

Durante su período de formación en clínica digestiva debe tener el mismo nivel de responsabilidad exigido en el primer año de residencia (niveles 1 y 2). Debe formarse en:

- a. El manejo general de los problemas digestivos más frecuentes, incluyendo el dolor abdominal, la diarrea, el estreñimiento, la hemorragia digestiva, la anemia, la ictericia, las náuseas y vómitos, los síntomas de reflujo gastroesofágico, profundizando, mediante el estudio tutorizado, en el conocimiento teórico de las entidades nosológicas digestivas.
- b. La evaluación del riesgo operatorio de pacientes con enfermedades digestivas y el reconocimiento de las complicaciones digestivas de las enfermedades sistémicas y de los pacientes inmuno-deprimidos.

- c. La identificación de los riesgos epidemiológicos de algunas enfermedades infecciosas, como las Hepatitis virales, aplicando las medidas profilácticas oportunas y desarrollando las habilidades de enseñanza y comunicación necesarias para mejorar la adherencia a los tratamientos aplicados a los pacientes.
- d. La adquisición de habilidades para interpretar las técnicas de imagen aprendidas en la rotación correspondiente, especialmente en lo que se refiere a su correlación clínica.
- e. El desarrollo de una capacidad adecuada para interpretar razonadamente un registro electrocardiográfico, para practicar correctamente las técnicas de resucitación vital básica y avanzada, y para llevar a cabo punciones arteriales y venosas centrales, (niveles 1 y 2).
- f. Adquisición de habilidades para el manejo del paciente con ascitis y desarrollar habilidades técnicas para la realización de paracentesis diagnóstica y terapéuticas.

Actividades científicas e investigadoras

- a. Asistir a las sesiones clínicas generales del hospital.
- b. Asistir con participación activa a las sesiones clínicas de los Servicios por los que rote.
- c. Asistir a las actividades formativas programadas por la Comisión de Docencia de acuerdo con el Tutor; que deben incluir una formación en metodología de la investigación y materias auxiliares.
- d. Continuar el programa de Tercer Ciclo y Doctorado.
- e. Contribuir con presentaciones a reuniones científicas locales, y asistir a reuniones nacionales.
- f. Participar en la elaboración de trabajos científicos.
- g. Incorporarse a las líneas de investigación del centro.

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR LA PLANTA DE APARATO DIGESTIVO (R-2)

La rotación por este área tendrá una duración total de 6 meses, dividido en diferentes periodos.

El residente debe adquirir durante esta rotación una perfecta independencia en el manejo del paciente en planta, debe indicar adecuadamente las exploraciones complementarias e intervenciones quirúrgicas. Es deseable que el residente domine a la perfección la burocracia de la planta, informes de alta, hojas de tratamiento etc., manteniendo un orden estricto de la historia clínica.

El residente debe presentar la sesión del martes, especialmente pacientes controvertidos o susceptibles de discusión. Debe realizar adecuadamente el diagnóstico diferencial de estos pacientes.

OBJETIVOS

- Historia clínica en Aparato Digestivo, realización de la historia clínica y diagnóstico diferencial de cada enfermo ingresado a nuestro cargo, con el posterior comentario crítico con el adjunto de referencia.
- Tratamientos de pacientes ingresados, diagnóstico diferencial de cada paciente y algoritmo de manejo según la sospecha inicial. Aprender a elaborar un plan de asistencia (planificación de diagnóstico y tratamiento).
- Nociones del manejo general del paciente ingresado, gestión de camas, derivación a consultas externas para completar estudios.
- Diagnóstico diferencial, con estudio profundo de los temas de la especialidad que conciernen de forma más precisa al paciente ingresado.
- Participación en protocolos de investigación con pacientes ingresados.
- Presentación de pacientes en las sesiones clínicas de los martes, participación activa en las discusiones de los problemas clínicos que se presentan. Fundamentación con bibliografía de sus decisiones.
- Indicaciones de las diversas exploraciones complementarias digestivas y radiológicas para cada caso.
- Contribución a la elaboración y actualización de los protocolos clínicos del

Servicio especialmente relacionado con la asistencia en planta.

- Priorización: Ser capaz de priorizar los problemas esenciales de un paciente.

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR CONSULTA GENERAL DE DIGESTIVO

El objetivo es formarse en el manejo de pacientes en las consultas generales de nuestra sección. Con un progresivo nivel de responsabilidad. La rotación estará dividida a lo largo del año en varios periodos.

Existen numerosas enfermedades del aparato digestivo de gran relevancia por su alta prevalencia y complejidad que son diagnosticadas y tratadas preferentemente en régimen de consulta externa.

- Asistencia clínica a pacientes derivados de atención primaria, interconsultas de otras especialidades y derivaciones del servicio de urgencias, que requieren atención ambulatoria en primera visita o visitas sucesivas.
- Seguimiento clínico de los pacientes tras el alta hospitalaria.
- Elaboración de las historias clínicas de los enfermos ambulatorios.
- Enfoque diagnóstico y petición de exámenes complementarios de forma racional.

- Prescripción de tratamiento e informe clínico a pacientes. Remisión de los mismos a su Médico de Atención Primaria, al hospital para su ingreso o seguimiento de los mismos.

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR ECOGRAFÍA ABDOMINAL

La rotación tendrá una duración de 2 meses y se llevará a cabo en otro centro con formación docente en esta materia. Como ya se ha comentado anteriormente en nuestro servicio existe actividad en ecografía pero no con la frecuencia deseable para una formación más continuada en el tiempo ya que no está agendado de forma diaria, no obstante, cuando haya concluido este periodo de formación más intensivo el residente tendrá oportunidad de seguir practicando ecografía en nuestro centro ampliando su experiencia.

OBJETIVO PRINCIPAL: Adquirir los conocimientos para la realización de forma autónoma de Ecografía Abdominal básica. Ello incluye:

- Diagnóstico y valoración de hepatopatías crónicas y sus complicaciones.
- Ecografía de vías biliares y páncreas.
- Valoración ecográfica de procesos inflamatorios y neoformativos del tubo digestivo.
- Estudios de extensión de neoplasias.
- Ecografía doppler y ecografía con contraste.
- Observación de la metodología de la ecografía intervencionista (PAAF, alcoholización de tumores, contraste etc.)

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR TÉCNICAS FUNCIONALES

Esta rotación tendrá una duración de 1 mes y se llevará a cabo en otro centro docente con disponibilidad de unidad de motilidad. La rotación supone la formación del residente en motilidad y capsuloendoscopia.

- Manometría-pHmetría esofágica: Interpretación de trazados normales y principales patologías. Técnica de exploración. Calibración y cuidado del equipo de manometría.
- Manometría anorrectal: Indicaciones médicas y quirúrgicas. Interpretación de trazados normales y patológicos. Técnica de exploración. Conocimiento completo de la fisiología anorrectal y posibles alteraciones.
- Indicaciones, contraindicaciones y precauciones en Capsuloendoscopia.
- Interpretación de imágenes en capsuloendoscopia.
- Abordaje y toma de decisiones en lesiones de intestino delgado.

TERCER AÑO DE RESIDENCIA

INTRODUCCIÓN

Se inicia este periodo con la continuación de la rotación básica, como es la de la Consulta general de Aparato Digestivo donde completará los esenciales conocimientos clínicos adquiridos en los dos años anteriores; además, en esta ocasión el residente se iniciará en las consultas monográficas.

El residente pasará 6 meses en la Unidad de Endoscopia, en los que se debe iniciar en procedimientos habituales diagnósticos. Al adentrarse en el cuarto año de la especialidad, al final de este período, el residente debe encontrarse avezado tanto en la clínica como en la endoscopia diagnóstica y terapéutica básica. En el cuarto año de su formación el objetivo es completar la formación y, durante los meses finales, actuar ya como un adjunto más del Servicio.

Iniciar el entrenamiento en endoscopia, debiendo capacitarse al menos en las técnicas instrumentales endoscópicas básicas, como esófago-gastroduodenoscopias y colonoscopias con toma de biopsias y realización de polipectomías, con responsabilidad progresiva, llegando a comprender las indicaciones y las limitaciones de estas técnicas.

En la rotación por planta de Digestivo el residente adquirirá papel protagonista con la asignación de pacientes hospitalizados como un adjunto más en planta pero bajo la tutela de un adjunto consultor.

En este año rotará 2 meses en la Unidad de Cuidados Intensivos, en el que el residente se centrará en la atención a pacientes críticos, adquiriendo habilidades en la canalización de vías venosas centrales, RCP avanzada y en cómo controlar a pacientes, especialmente con enfermedades digestivas, en situaciones críticas.

Actividades de investigación y docencia

- a. Asistir a las sesiones clínicas generales del hospital, participando con presentaciones en alguna ocasión.
- b. Presentación de sesiones en el Servicio de Aparato Digestivo, además de asistencia activa al resto de sesiones.
- c. Asistir a las actividades formativas programadas por la Comisión de Docencia de acuerdo con el Tutor; que deben incluir una formación en metodología de la investigación y materias auxiliares. Estas actividades deben incluir asistencia a Cursos de Formación externos, auspiciados por otros Centros o por las Sociedades Científicas.
- d. Continuar el programa de Tercer Ciclo y Doctorado.

- e. Contribuir con presentaciones a reuniones científicas locales y nacionales, y valorar la asistencia a alguna reunión internacional.
- f. Participar en la elaboración de trabajos científicos, lo que debe seguirse de publicaciones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR CONSULTA GENERAL Y MONOGRÁFICAS DE DIGESTIVO

Además de las habilidades y conocimientos que el residente ha de adquirir en la consulta general, ya comentados en su rotación de consultas externas del segundo año, deberá aumentar su grado de responsabilidad, autonomía y protagonismo en la asistencia en consultas. Nuestro centro cuenta con abordaje específico de algunas patologías digestivas a través de consultas monográficas.; es así el caso de consulta de Hepatología, de enfermedad inflamatoria intestinal y de cribado de cáncer de colon y tumores.

En esta rotación el residente deberá prestar asistencia en las consultas monográficas además de en las generales.

Consulta general:

- Asistencia clínica a pacientes derivados de atención primaria, inter-consultas de otras especialidades y derivaciones del servicio de urgencias, que requieren atención ambulatoria en primera visita o visitas sucesivas.
- Seguimiento clínico de los pacientes tras el alta hospitalaria.
- Elaboración de las historias clínicas de los enfermos ambulatorios.
- Enfoque diagnóstico y petición de exámenes complementarios de forma racional.
- Prescripción de tratamiento e informe clínico a pacientes. Remisión de los mismos a su Médico de Atención Primaria, al hospital para su ingreso o seguimiento de los mismos.

Consulta de Hepatología:

- Tratamiento de las hepatitis víricas. Guías de práctica clínica y diagnóstico diferencial.
- Diagnóstico y tratamiento de las hepatopatías autoinmunes.
- Diagnóstico diferencial, indicaciones de biopsia hepática y tratamiento.
- Diagnóstico y tratamiento de las hepatopatías por depósito.
- Hepatopatías metabólicas.
- Enfermedades hepáticas relacionadas con el embarazo.
- Manejo del paciente cirrótico, estudio pretrasplante hepático y control clínico de las complicaciones en el medio extrahospitalario.
- Indicaciones actuales de biopsia hepática. Realización de biopsia hepática.
- Colestasis intra y extrahepática.

- Enfermedades infiltrativas del hígado.
- Enfermedades vasculares hepáticas.
- Realización de técnica de Fibroscan.
- Hepatitis aguda. Diagnóstico y tratamiento.
- Hepatitis tóxicas.
- Manejo de las complicaciones de los pacientes en evaluación o en lista de espera de trasplante hepático: ascitis refractaria e hidrotórax hepático, síndrome hepatorenal, síndrome hepatopulmonar e hipertensión portopulmonar, hemorragia digestiva por hipertensión portal. Familiarización con los principios e indicaciones del TIPS.
- Familiarización con el uso de la radiología intervencionista en el diagnóstico y manejo de la hipertensión portal y de las lesiones hepáticas

Consulta de Enfermedad inflamatoria intestinal:

- Diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal. Síntomas de sospecha y diagnóstico diferencial.
- Manejo en consulta del paciente con Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Protocolos de tratamiento y seguimiento.

- Tratamientos especiales en Enfermedad Inflamatoria: de los esteroides a los fármacos biológicos. Uso racional y escalonado del arsenal terapéutico.

Protocolo de manejo de inmunosupresores y tratamientos biológicos.

- Criterios quirúrgicos. Indicaciones quirúrgicas, pacientes límite, problemas médico quirúrgicos y abordajes combinados. Importancia de la interdisciplinariedad.
- Detectar y tratar los problemas nutricionales de los pacientes.
- Capacidad para reconocer las especiales complicaciones evolutivas (manifestaciones extraintestinales, abscesos, enfermedad perianal, estenosis, perforaciones, megacolon...) y su manejo.
- Criterios de ingreso hospitalario.

Consulta de Cribado de Cáncer de colon y Tumores Digestivos:

- Seguimiento de Pólipos y síndromes de poliposis colónicas. Algoritmo diagnóstico, tratamiento y protocolos de seguimiento. Aplicación de guías de práctica clínica. Guías de práctica clínica de la Asociación Española de Gastroenterología.

- Seguimiento de adenocarcinoma de colon y recto. Manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. Seguimiento postquirúrgico del cáncer colorrectal intervenido.
- Síndromes de cáncer de colon familiar. Poliposis adenomatosa familiar y cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis. Diagnóstico genético. Consejo genético. Estrategias de prevención familiar. Protocolos de seguimiento clínico y endoscópico.
- Seguimiento ambulatorio del proceso diagnóstico de otros tumores digestivos en aquellos pacientes en los que la situación clínica permita su estudio a través de consulta, sin necesidad de ingreso.
- El residente deberá ser el responsable de comentar en comité multidisciplinar a los pacientes que surjan de esta consulta para consensuar con Cirugía y Oncología el diagnóstico-tratamiento que precise.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIAS (R3).

La rotación por este Servicio tendrá una duración de 6 meses. La endoscopia digestiva es una de las labores esenciales del especialista en Aparato Digestivo. La rotación supone una primera aproximación a la endoscopia digestiva, con estudio específico de sus fundamentos.

OBJETIVOS

- Realización de endoscopia digestiva alta diagnóstica con biopsias sencillas.
- Aprendizaje de la técnica de la rectosigmoidoscopia con biopsias. Inicio en la técnica de colonoscopia.
- Aprendizaje del funcionamiento, cuidados e higiene básica de los endoscopios, manejo de las diferentes lavadoras disponibles. Lavado a mano. Cuidados especiales en pacientes con enfermedades infecto-contagiosas.
- Conocimientos acerca de las indicaciones de endoscopia digestiva alta y baja Urgentes. Conocimiento preciso de las contraindicaciones a la misma.

Adquisición del algoritmo diagnóstico del paciente con hemorragia digestiva

alta.

- Manejo clínico de las complicaciones elementales de la endoscopia digestiva

(Síncope vasovagal, perforaciones, parada cardiorrespiratoria). Manejo y

revisión del carro de parada de la Sección.

- Interpretación de imágenes endoscópicas elementales. Diferenciación de patología benigna y maligna.
- Toma de biopsias en endoscopia digestiva. Técnica, número, localizaciones y normas básicas de seguridad.
- El residente se familiarizará y actuará como ayudante en procedimientos endoscópicos complejos terapéuticos.
- Manejo del paciente en tratamiento antiagregante y anticoagulante.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR HOSPITALIZACIÓN DE DIGESTIVO (R3)

El objetivo de esta rotación será la de completar el aprendizaje del manejo del paciente hospitalizado y la ejecución de todo el trabajo que implique su atención (solicitud de pruebas, tratamiento, documentación clínica, etc) a través de la asignación de pacientes como a cualquier otro adjunto, no estará directamente supervisado por el adjunto pero contará con un consultor que le ayudará con las dudas diagnósticas y terapéuticas, los informes de alta serán labor del propio residente y se asignará un horario para que el residente pueda debatir con el adjunto consultor el diagnóstico diferencial que plantea con cada paciente, las pruebas complementarias más oportunas en cada caso.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR EL SERVICIO DE UCI (R3)

La rotación por este Servicio tendrá una duración de 2 meses. El residente podrá hacer guardias en este servicio como parte complementaria de la formación.

OBJETIVOS:

- Aprendizaje de las técnicas de canalización de diferentes tipos de vías centrales.
- Manejo general del enfermo crítico, protocolos de funcionamiento en una UCI.
- Manejo especial de pacientes agudos digestivos: Pancreatitis aguda grave, hemorragia digestiva grave y urgencias abdominales.
- Manejo especial de pacientes con shock hipovolémico, empleo de drogas vasopresoras y de expansores de volumen.

- Criterios de ingreso en UCI de pacientes digestivos, toma de decisiones en cuanto al tipo de pacientes y el momento de ingreso.
- Ritmo de trabajo en la UCI. Organización de sesiones y presentación de los pacientes críticos. Trabajo en guardias (en las que participará) de UCI. Práctica de reanimación cardiopulmonar.

CUARTO AÑO DE RESIDENCIA

INTRODUCCIÓN

El último año comienza está básicamente centrado en un trabajo directo y continuo en la Unidad de Endoscopias y en consultas externas, los dos pivotes básicos en los que la mayoría de los gastroenterólogos del mundo desarrollan su actividad laboral.

Se le asignará una consulta general en la que prestará asistencia como responsable.

En la rotación de endoscopias perfeccionará en las posibles deficiencias que pudiera tener en la endoscopia básica y se iniciará en los procedimientos endoscópicos más avanzados, entre ellos estará la CPRE, en la que deberá iniciar las exploraciones, realizar la duodenoscopia y enfrentar la papila biliar en la mayoría de pacientes, y, dependiendo de su habilidad, podrá intentar la cateterización biliar. También podrá formarse en los rudimentos de la ecoendoscopia, al menos en lo que se refiere a interpretación de imágenes básicas de la técnica.

Conviene no perder nunca la perspectiva en endoscopias de que seguimos trabajando con pacientes, y que lo más importante es revisar bien indicaciones, informar adecuadamente a paciente y familiares, la toma de decisiones razonables durante el procedimiento, controlar la sedación y recuperación del paciente y pauta del tratamiento posterior en planta.

Al adentrarse en el cuarto año de la especialidad, el residente debe encontrarse avezado tanto en la clínica como en la endoscopia diagnóstica y terapéutica básica. En el cuarto año de su formación el objetivo es completar la formación y, durante los meses finales, actuar ya como un adjunto más del Servicio.

Durante esta última fase, de acuerdo con el tutor, con el jefe de unidad y en función de sus expectativas futuras, podrá centrarse en la adquisición de determinadas habilidades, en detrimento de otras y siempre según la disponibilidad y necesidades de la unidad. También es el momento de plantear rotaciones específicas en unidades de reconocida excelencia nacional e internacional.

En todo caso, especialmente en los últimos meses, se exigirá al residente un desempeño de sus tareas similar a un adjunto medio.

OBJETIVOS GENERALES

Objetivos específicos

Los objetivos de este cuarto año son similares a los del tercero, pero con un nivel de responsabilidad mayor.

En las técnicas instrumentales debe profundizar en el conocimiento de técnicas endoscópicas como la CPRE, Ecoendoscopia y en el uso de las distintas terapias endoscópicas (colocación de prótesis, aplicación de técnicas de hemostasia, punciones, polipectomías, mucosectomías, etc.).

En la sala de hospitalización los objetivos de la rotación por la sala de hospitalización digestiva el residente debe:

- a. Profundizar en los conocimientos y habilidades .
- b. Tener la máxima responsabilidad en el manejo de los pacientes digestivos de todos los niveles de complejidad, incluyendo los aspectos más específicos del manejo del paciente hepático, el estudio del paciente con hipertensión portal y síndrome hepatopulmonar, el paciente sangrante, o con enfermedad inflamatoria intestinal compleja, el tratamiento con inmunosupresores o terapia biológica, el manejo de pacientes con patología biliopancreática grave.

En consulta externa hospitalaria en este último año de formación el residente ha de tener responsabilidad directa (nivel 1) sobre enfermos ambulantes, se le asignará una consulta semanal, y con los siguientes objetivos:

- a. Familiarizarse con los problemas digestivos del ámbito extrahospitalario, especialmente en los enfermos mayores y la transición desde la Pediatría.
- b. Aprender cómo estudiar y diagnosticar a los pacientes con problemas digestivos en el ambulatorio o en la consulta extrahospitalaria.
- c. Comprender con profundidad la historia natural de las enfermedades digestivas.
- d. Obtener experiencia en el cuidado continuado de los pacientes con problemas crónicos.
- e. Capacitarse para colaborar en los programas de rehabilitación, educación sanitaria y prevención de las enfermedades digestivas, con especial referencia al ámbito de la geriatría.
- f. Adquirir experiencia en la práctica digestiva ambulatoria.
- g. Desarrollar habilidades como especialista en la comunicación con otros profesionales sanitarios, para poder proporcionar un cuidado completo a todos los pacientes.
- h. Comprender el papel de los distintos miembros del equipo multidisciplinario de salud.
- i. Familiarizarse con los problemas administrativos y burocráticos derivados de la aplicación de determinados tratamientos y el control de los mismos.

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA AVANZADA (R-4)

La rotación por Endoscopia Avanzada tendrá una duración de 5 meses.

En esta rotación, el residente se centrará en procedimientos más complejos como:

- Colonoscopia con terapéutica, esclerosis de la hemorragia digestiva activa, ligadura de varices esofágicas con hemorragia activa, tratamientos argón-gas, duodenoscopia,
- Participación en la inserción endoscópica de endoprótesis, gastrostomía endoscópica percutánea y otros procedimientos con carácter invasivo o terapéutico.

El residente iniciará una aproximación básica a la ecoendoscopia. Para ello asistirá a estos procedimientos tratando de comprender al menos los procedimientos diagnósticos.

OBJETIVOS

Incluye los objetivos del nivel básico y avanzado, con especial atención a los procedimientos que se siguen.

- Tratamiento endoscópico completo de la hemorragia digestiva alta no varicosa activa. Manejo independiente y diferenciado de los diferentes métodos de hemostasia.
- Ligadura de varices esofágicas en pacientes con hemorragia activa.
- Polipectomía gástrica.
- Autonomía para técnicas de resección mucosa endoscópica
- Duodenoscopia. Inicio en la maniobra de rectificación y enfrentamiento de la papila biliar. Puede iniciar la canulación de la vía biliar.
- Actuación como ayudante y primer endoscopista en la inserción de prótesis

autoexpandibles. Manejo independiente de las posibles complicaciones.

- Gastrostomía endoscópica percutánea. Cuidados post gastrostomía y control de complicaciones inmediatas y diferidas.
- Sedación. Manejo de los fármacos habituales, monitorización y control durante la realización de procedimientos endoscópicos. Autonomía para el desarrollo de la sedación y el procedimiento concreto al mismo tiempo.
- Dilatación esofágica. Técnica y diversos sistemas de dilatación.
- Ecoendoscopia: Identificación de estructuras de forma autónoma, así como de las lesiones más relevantes. Estudios de extensión de neoplasias.

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR LA CONSULTA DE APARATO DIGESTIVO (R-4)

El residente debe adquirir durante esta rotación una perfecta independencia en

el manejo del paciente en la consulta general de Aparato Digestivo, con capacidad de decisión sobre qué pacientes tienen patología grave y cuáles leve. Elaborará la historia clínica de la consulta y podrá consultar cualquier paciente con su adjunto de referencia. Esta rotación servirá también para profundizar en el manejo con patología crónica compleja, como enfermedades hepáticas, enfermedad inflamatoria intestinal, y protocolos de seguimiento habitual en estas patologías.

El residente debe presentar en sesión, pacientes controvertidos o susceptibles de discusión. Debe realizar adecuadamente el diagnóstico diferencial de estos pacientes.

4.5 ROTACIÓN EXTERNA/LIBRE.

El residente dispone de dos meses para la libre configuración de una rotación, que podrá desarrollar en nuestro centro o en uno externo, para la profundización en algún conocimiento concreto.

5. GUARDIAS

Las guardias tienen carácter formativo y asistencial, y los residentes de Aparato Digestivo, realizarán un máximo de 6 guardias mensuales (excepto en periodos vacacionales en que se podrán aumentar a 7 mensuales, y siempre sin superar el máximo de horas permitido según la legislación vigente). La distribución de dichas guardias será la siguiente:

- R1 Guardias de Puerta de Urgencias (5 mensuales). En la Rotación de Cirugía General (1 mes) se realizarán 3 guardias en Urgencias y 2 en Cirugía General.
- R2 Guardias en el Servicio de Medicina Interna (4 mensuales) y guardias de puerta de Urgencias (1 mensual).
- R3 Guardias en el Servicio de Medicina Interna (4 mensuales), UCI (2 meses de rotación, 2 guardias de Medicina Interna y 3 en UCI) y puerta de Urgencias (1 mensuales)
- R4 Guardias en el Servicio de Medicina Interna (5 mensuales).

Conforme vayan evolucionando los años de especialización el número de guardias de Urgencias se irá modificando, siendo cada vez más numerosas en planta y menos en el servicio de Urgencias.

Durante el 1º y el 2º año de residencia: tendrán prioridad las guardias en el Servicio de Urgencias, completando las restantes hasta llegar al máximo recomendado con guardias de Medicina Interna.

Durante el 3º año de residencia tendrán prioridad las guardias de M. Interna, completando las restantes en Urgencias. Durante la rotación de UCI se sustituirán las guardias de Urgencias por las de UCI y M. Interna.

Durante el 4º año de especialidad todas las guardias se realizarán en M. Interna.

Cuando el residente esté realizando una rotación externa y las distancias lo permitan hará la mayoría de las guardias en el centro en el que cursa dicha rotación externa pero se procurará la realización de alguna de M. Interna en nuestro centro.

Las guardias son de 17 horas de lunes a viernes y de 24 horas los sábados, domingos y festivos.

6. ACTIVIDADES FORMATIVAS

CURSOS TRANSVERSALES OBLIGATORIOS.

Está prevista la realización de actividades formativas dirigidas a Residentes que se detallan. Los siguientes cursos son transversales y obligatorios para los residentes de todas las especialidades que se irán celebrando a lo largo de la residencia.

- Prevención de Riesgos Laborales.
- Bioética y Humanización
- Seguridad del paciente para residentes
- Protección radiológica básica
- Curso de investigación
- Talleres de RCP
- Entrevista clínica

La mayoría de estas actividades se programan y organizan desde Servicios centrales ofertándose a los residentes de todas las gerencias de Castilla - La Mancha y normalmente son de modalidad online.

Para la realización de estas actividades es imprescindible la matriculación previa en la aplicación: SOFOS

(<https://sescam.jccm.es/sofos/matriculacion/listaCursos.jsp>).

Además de estas actividades se programan otras, para las que el residente deberá remitirse a su tutor a fin de que le indique la obligatoriedad o no de su realización de acuerdo con el PLAN formativo de cada especialidad.

SESIONES CLÍNICAS

Las sesiones clínicas hospitalarias también serán de carácter obligatorio para los residentes, en los que se presentan temas de interés general. Su realización se lleva a cabo de forma programada y previa inscripción a través del citado sistema SOFOS.

Son de obligada asistencia para el residente las sesiones clínicas organizadas en el servicio en las que debe participar de forma activa. Se programaran sesiones para que el residente participe como ponente, que serán de interés general para el servicio y para la actualización de protocolos en diferentes patologías. Cuando el residente esté rotando en otros centros asistirá a las sesiones del servicio que le esté proporcionando la formación y donde además, será deseable, sea ponente de sesiones que el tutor de dicho servicio le asigne como de interés para completar su formación en el área objeto de la rotación.

Participará también en las sesiones del comité multidisciplinar que se realiza cada martes con los servicios de Cirugía General, Oncología Médica y Radioterápica, Anatomía Patológica y Radiodiagnóstico.

CURSOS Y ACTIVIDADES DE INTERÉS PARA EL RESIDENTE DE DIGESTIVO

Se trata de cursos, congresos y reuniones que son de interés y que aunque no son obligatorios si es recomendable acudir cuando sea posible. Detallamos las más importantes:

- Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio del Hígado
- Semana de las enfermedades digestivas de la SEPD
- Reunión Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología
- Jornada Nacional de la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva
- Jornada Nacional de Ecografía Digestiva de la EED
- Reunión anual del Grupo Español de Motilidad Digestiva
- Curso para residentes: diagnóstico y tratamiento de las enfermedades hepáticas
- Reunión anual de la ACAD
- Urgencias y emergencias en Gastroenterología y Hepatología
- Curso de sedación profunda en endoscopia. Sociedad Española de Endoscopia Digestiva
- Curso monográfico en EII para residentes
- Reunión del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis ulcerosa
- Curso monográfico de Enfermedad Inflamatoria Intestinal para Residentes

- Curso de ecografía digestiva de la Asociación Española de Ecografía Digestiva

Máster Universitario:

- Competencias Médicas Avanzadas: endoscopia digestiva avanzada y terapéutica. Universidad de Barcelona
- Hepatología. Universidad de Alcalá de Henares

7. FUNCIONES DEL TUTOR Y PROCESO DE EVALUACIÓN DEL RESIDENTE

Según el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero de 2008, el tutor tiene la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo. Es el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente, por lo que mantendrá este un contacto continuo y estructurado. Asimismo, el tutor, con la finalidad de conseguir dicho proceso de aprendizaje, mantendrá entrevistas periódicas con otros tutores y profesionales que intervengan en la formación del residente, con los que analizará el proceso continuado de aprendizaje y los correspondientes informes de evaluación formativa que incluirán los de las rotaciones realizadas.

Las principales funciones del tutor son planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación, proponer mejoras en el programa y favorecer el autoaprendizaje, la adquisición progresiva de responsabilidad y la capacidad investigadora del residente.

La formación como médico residente mediante el sistema MIR lleva implícita la evaluación continuada de tus rotaciones y tus actividades. La evaluación se realizará mediante:

1. Entrevistas periódicas entre tutor y residente, de carácter estructurado y pactado. Éstas favorecen la autoevaluación y autoaprendizaje del especialista en formación. Se establece un mínimo de 4 entrevistas por cada año formativo.
2. El libro del residente: es de carácter obligatorio. Debe ser un registro individual de todas las actividades que se realicen en el proceso de aprendizaje, por lo que debe incorporar datos cualitativos y cuantitativos (para ello se aconseja guardar los informes de todas las exploraciones y técnicas realizadas). Se adjunta un modelo para la realización de dicha memoria.
3. Evaluación anual: tiene la finalidad de calificar los conocimientos, habilidades y actitudes de cada residente al finalizar cada uno de los años que integran el programa formativo. Se realiza en los siguientes términos:
 - Positiva: cuando el residente alcanza el nivel exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año en de que se trate.
 -

- Negativa: cuando el residente no alcanza el nivel exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate.

El informe del tutor es el instrumento básico y fundamental para la valoración del progreso anual del residente en el proceso de adquisición de competencias profesionales, tanto asistenciales como de investigación y docencia. El informe debe contener:

- Informes de evaluación formativos, incluyendo los informes de las rotaciones, los resultados de otras valoraciones objetivas, que se hayan podido realizar durante el año y la participación en cursos, congresos, seminarios y reuniones científicas relacionadas con el programa correspondiente. Las rotaciones se evaluarán en función de lo establecido por los centros directivos competentes del Ministerio de Educación y de Sanidad. Para facilitar su objetivación se han hecho corresponder las calificaciones con una escala numérica:

* No apto: 0 (muy por debajo del nivel medio de los residentes del servicio)

* Suficiente: 1 (nivel medio del servicio)

* Destacado: 2 (superior al nivel medio)

* Excelente: 3 (muy por encima del nivel medio).

La evaluación se divide en dos apartados. En el apartado A se evalúan los conocimientos y habilidades y en el apartado B las actitudes. La nota final de la evaluación será el 70% de la media de las puntuaciones referentes a conocimientos y habilidades y el 30 % de la media de las actitudes (70% A+ 30% B).

- Informes de evaluación de rotaciones externas no previstas en el programa formativo, siempre que reúnan los requisitos previstos al efecto.
- Informes que se soliciten de los jefes de las distintas unidades asistenciales integradas en la unidad docente de la especialidad en la que se esté formando el residente.
- Evaluación final: tiene como objeto verificar que el nivel de competencias adquirido por el especialista en formación durante el período de residencia le permite acceder al título de especialista. Se someterá al siguiente proceso:
 1. Se realizará a los residentes tras la evaluación del último año de residencia y se llevará a cabo por el comité de valoración de la especialidad que en cada caso corresponda.
 2. El comité de valoración, a la vista del expediente completo de todo el período de residencia levantará acta otorgando a cada residente una de las calificaciones: positiva, positiva destacada, negativa.

3. Transcurrido dicho plazo, el presidente de la Comisión de Docencia remitirá con carácter inmediato al Registro Nacional de Especialistas en Formación las regulaciones finales y las solicitudes de revisión de las mismas.

Dicho registro dará traslado de las evaluaciones finales positivas al Ministerio de Educación y Ciencia a través del Ministerio de Sanidad y Consumo, a efectos de la expedición de la correspondiente orden de concesión del título y comunicada a las comisiones nacionales de las distintas especialidades la solicitud de revisión que en su caso, se hubieran formulado.

8. PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE

INTRODUCCIÓN

La formación especializada en Aparato digestivo se sustenta en la acción práctica, complementada con una formación teórica, a través de una metodología que favorezca el aprendizaje activo del residente.

En cumplimiento del REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, que encomienda a las Unidades Docentes el establecimiento de protocolos escritos de actuación que aseguren la supervisión y responsabilidad progresiva de los Residentes en el Área de Urgencias y en otras áreas, se elabora el presente documento.

A lo largo de la formación, el residente contará con la figura imprescindible y definida del Tutor, que deberá ser un Especialista en Aparato Digestivo.

Dicho sistema formativo implica la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que se esté cursando y un nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista.

Los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.

La supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada. Los mencionados especialistas revisarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a este como a los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad de los residentes a su cargo, según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias.

Las comisiones de docencia elaborarán protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés. Dichos protocolos se elevarán a los órganos de dirección del correspondiente centro o unidad para que el jefe de estudios de formación especializada consensúe con ellos su aplicación y revisión periódica.

El circuito de rotación es el eje principal sobre el que se articulará la formación especializada en tanto que da el soporte y aporta el marco de referencia para un aprendizaje basado en la práctica profesional con crecientes niveles de autonomía y responsabilidad en un proceso tutorizado.

DEFINICIÓN DE LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD RESIDENTE

Se definen los siguientes niveles de responsabilidad de los residentes:

- Nivel 1: son actividades realizadas directamente por el residente sin necesidad de una tutela directa. El residente ejecuta y posteriormente informa.
- Nivel 2: son actividades realizadas directamente por el residente bajo la supervisión del tutor. El residente tiene un conocimiento extenso, pero no alcanza la suficiente experiencia como para hacer una técnica o un tratamiento completo de forma independiente.
- Nivel 3: son actividades realizadas por el personal sanitario del centro y/o asistidas en su ejecución por el residente.

CLÁUSULA DE SALVAGUARDA

Si el/la facultativo especialista colaborador docente del residente considera que el residente, en cualquiera de los años de formación, no reúne la capacitación necesaria para asumir este nivel de responsabilidad, deberá ponerlo en conocimiento del Tutor/a del residente, quién lo comunicará así mismo al Jefe de Estudios y al Jefe de Servicio sin esperar al período de evaluación anual. Una vez analizadas las circunstancias, se podrían denegar este nivel de responsabilidad o retrasarlo en el tiempo hasta que el residente esté capacitado. Para facilitar la corrección de dicha carencia formativa y la correcta adquisición de las competencias necesarias se pondrán los medios docentes necesarios.

NORMAS GENERALES EN LA SUPERVISIÓN

- En los GIFT (Guías Itinerarios Formativos Tipo) de Aparato Digestivo se describen las diferentes rotaciones asistenciales que conforman la formación sanitaria asistencial y se desarrollan las competencias específicas a adquirir, así como el período formativo en el que se sugiere.
- Este GIFT se adecuará personalmente a cada uno de los residentes durante su proceso formativo especificándose en el Plan Individualizado de Formación anual de cada residente.
- En el caso de Aparato Digestivo con residencia de 4 años de duración:
 1. El R1 tendrá nivel 3 de responsabilidad y un grado máximo de supervisión
 2. El R2 tendrá nivel 2 de responsabilidad, con grado de supervisión intermedia de tipos 2 o 3.
 3. Los R 3 y 4 deberán llegar alcanzar el nivel de responsabilidad 1.

Considerando la especial vigilancia como R1, en cada una de las rotaciones, el residente tendrá un primer periodo de observación y, de forma individual y de acuerdo a su evolución en la adquisición de competencias, el tutor le irá asignando gradualmente tareas con mayores niveles de autonomía de forma que pueda desarrollar las actividades propuestas en cada rotación para la adecuada consecución de los objetivos en la misma.

OBJETIVOS DEL PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN

El objetivo de este documento es homogeneizar los diferentes modelos organizativos relacionados con las rotaciones clínicas durante su formación sanitaria especializada para cubrir adecuadamente la actividad asistencial y docente.

RESPONSABILIDAD DEL RESIDENTE

La responsabilidad del residente es compartida con su facultativo supervisor e irá aumentando progresivamente así como su “autonomía” al ir disminuyendo el grado de supervisión.

El tutor de residentes y, en su ausencia, los facultativos responsables, son los garantes del mejor desarrollo asistencial de los residentes en las diferentes rotaciones, siendo sus decisiones las que prevalecerán y deberán ser cumplidas por los MIR.

Cualquier incidencia al respecto o desacuerdo deberá trasladarse por escrito al tutor, al Jefe de Servicio y si se considera oportuno a la Comisión de Docencia.

En caso de recibir alguna queja o reclamación del servicio de atención al paciente o de otro organismo competente, derivada de su actividad asistencial y/o docente durante el período de residencia, el residente deberá siempre comunicárselo al facultativo supervisor responsable, a su Tutor y al Jefe de Servicio, para adoptar las medidas que se estimen más convenientes.

Faltas disciplinarias: Las faltas disciplinarias en las que pudieran incurrir los residentes podrán ser la causa de la apertura de expediente y serán tipificadas como leves, graves o muy graves según lo especificado en el artículo 13, punto 2 del RD 1146/2006 de 6 de octubre.

NIVELES DE SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD EN LAS DISTINTAS ROTACIONES Y AÑO DE RESIDENCIA

	Consultas Externas	Hospitalización	Interconsultas
R1	Nivel 3	Nivel 2	Nivel 3
R2	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2
R3	Nivel 2-1	Nivel 2-1	Nivel 2-1
R4	Nivel 2-1	Nivel 1	Nivel 1

Deben evitarse separaciones durante el periodo formativo entre la clínica y la tecnología así como las parcelaciones de la formación tecnológica y la separación diagnóstico- terapéutica. Sin embargo el residente no puede formarse idóneamente en todas las técnicas de complejidad creciente que van surgiendo.

La Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED) ha elaborado una serie de recomendaciones desarrolladas en el documento “Programa de Formación en Endoscopia Digestiva básica para Médicos Internos Residentes de la Especialidad de Aparato Digestivo”, que debe de ser la referencia a seguir en la formación en endoscopia digestiva. Esta guía formativa está disponible para su descarga en el siguiente enlace:

<https://wseed.org/index.php/programa-formacion-endoscopia-digestiva-basica-para-medicos-internos-residentes-aparato-digestivo>.

Las diferentes técnicas están divididas en niveles de capacitación progresivos que le residente va adquiriendo al mismo tiempo que adquiere autonomía en las técnicas:

- GRADO I: técnicas que el residente debe practicar durante su formación y en las que debe alcanzar autonomía completa y un nivel de capacitación adecuado a los estándares de calidad establecidos por la Sociedad Americana de Endoscopia Digestiva.

- GRADO II: Técnicas que el residente debe practicar durante su formación aunque no alcance necesariamente autonomía completa para su realización.
- GRADO III: Técnicas que requerirán un periodo formativo adicional a los especialistas que deseen alcanzar dicho nivel de competencia una vez completada la formación general en Aparato Digestivo.

Endoscopia Digestiva:

GRADO I:

- Esofagogastroscofia.
- Colonoscopia completa.
- Biopsia y citología.
- Esclerosis de varices.
- Biopsia hepática y drenaje de colecciones intraperitoneales.
- Biopsia intestinal.
-

GRADO II:

- Dilataciones.
- Polipeptomías.
- Laparoscopia.
- CPRE diagnóstica y papilotomía.

GRADO III:

- Prótesis (intestinales, esofágicas, colónicas, biliares y pancreáticas)
- Laser
- Gastrostomía y yeyunostomía endoscópicas.

Ecografía Digestiva:

GRADO I:

- Ecografía diagnóstica abdominal básica.

GRADO II:

- Punciones citológicas diagnósticas y drenajes con control ecográfico.

Pruebas funcionales Digestivas:

Se consideran todas **GRADO III**.

- Motilidad Digestiva: manometría faringoesofágica, gástrica, biliar, anorectal y tránsito intestinal.
- Pruebas de aliento: H₂ (Lactosa, glucosa, xilosa etc).
- Pruebas isotópicas.
- Pruebas de secreción y absorción: gástrica, pancreática, proteinorragia, absorción intestinal.
- PH-metría Esofágica. Estimulación de gastrina, secretina y calcio.

	Endoscopia digestiva	Ecografía	Pruebas funcionales
R1			
R2		Nivel 2 Grado 1	Nivel 1-2 Grado 1-3
R3	Nivel 2-1 Grado 1.2	Nivel 2 Grado 1	Nivel 1-2 Grado 1-3
R4	Nivel 1-2 Grado 1-3	Nivel 1-3 Grado 1-3	Nivel 1-2 Grado 1-3

CONTROL DEL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN

Cada unidad docente realizará una evaluación del residente al finalizar cada una de las rotaciones. Para ello la Comisión de Docencia dispone de modelos con este fin en la que se pormenoriza diferentes aspectos a evaluar y que se expone en el apartado de ANEXOS.

También el residente dispone de un modelo de evaluación de su satisfacción con la docencia recibida al final de cada rotación fuera del servicio y de forma anual del propio servicio.

Cada residente tiene su expediente custodiado en la Comisión de Docencia y Jefatura de Estudios en el que figuran todas sus evaluaciones y rotaciones.

SUPERVISIÓN EN LAS GUARDIAS

- R1: Nivel de responsabilidad 2-3 según las características de la intervención.
- R2: Nivel de responsabilidad 1-3 según las características de la intervención.
- R3: nivel de responsabilidad 1-2 según las características de la intervención.
- R4: nivel de responsabilidad 1-2 según las características de la intervención.

9. ANEXOS



BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO



Núm. 95

Jueves 19 de abril de 2018

Sec. III. Pág. 40611

ANEXO I

INFORME DE EVALUACIÓN DE ROTACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS:		DNI/PASAPORTE:			
CENTRO DOCENTE:					
TITULACIÓN:		ESPECIALIDAD:		AÑO RESIDENCIA:	
TUTOR:					

ROTACIÓN	
UNIDAD:	CENTRO:
COLABORADOR DOCENTE/TUTOR:	DURACIÓN:
Fecha Inicio Rotación	Fecha fin Rotación:
OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN	GRADO DE CUMPLIMIENTO Total/Parcial/No conseguido

A.- CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES	CALIFICACIÓN
CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS	
RAZONAMIENTO/VALORACIÓN DEL PROBLEMA	
CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES	
HABILIDADES	
USO RACIONAL DE RECURSOS	
SEGURIDAD DEL PACIENTE	
MEDIA (A)	

B.- ACTITUDES	CALIFICACIÓN
MOTIVACIÓN	
PUNTUALIDAD/ASISTENCIA	
COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA	
TRABAJO EN EQUIPO	
VALORES ÉTICOS Y PROFESIONALES	
MEDIA (B)	

CALIFICACIÓN GLOBAL DE LA ROTACIÓN (70% A + 30% B)	
--	--

Observaciones/Áreas de mejora:

En _____, fecha:
EL COLABORADOR DOCENTE DE LA ROTACIÓN/TUTOR

Vº Bº. EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE ROTACIÓN

Fdo.: _____

Fdo.: _____

Cve: BOE-A-2018-5385
 Verificable en <http://www.boe.es>

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN DEL INFORME DE EVALUACIÓN DE LA ROTACIÓN^{1,2}

En la evaluación de estas competencias se tendrá en cuenta los resultados de las pruebas objetivas aplicadas, que se adjuntarán a este informe (exámenes escritos, audit, observación estructurada, 360º, portafolio)³.

CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS
Demuestra que ha integrado los conceptos teóricos necesarios para el cumplimiento de los objetivos en virtud de un estudio y comprensión previo. Ejemplo, para las especialidades médicas: conocimientos de la anatomía, fisiología, historia natural de una enfermedad /proceso o de los principios y los mecanismos de acción de un tratamiento
RAZONAMIENTO/VALORACIÓN DEL PROBLEMA
Integra la información disponible para alcanzar una valoración del problema de salud o de la situación asistencial. Ejemplo, para las especialidades médicas: Información de la situación clínica, obtenida a través de la anamnesis, exploración y pruebas complementarias, para un correcto diagnóstico diferencial o para la resolución de un problema o situación clínica.
CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES
Selecciona un plan de actuación, plan de cuidados o tratamiento adecuado, en base a su conocimiento y comprensión del problema, el análisis del contexto en el que se produce y la valoración de las diferentes alternativas disponibles y sus consecuencias. Maneja con prudencia la incertidumbre inherente a la práctica clínica, conoce sus limitaciones y pide ayuda cuando la situación lo requiere.
HABILIDADES
Demuestra destreza en la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos para su año de formación.
USO RACIONAL DE RECURSOS
Realiza un uso adecuado de los medicamentos y productos sanitarios, así como de las pruebas diagnósticas y terapéuticas.
SEGURIDAD DEL PACIENTE
Contribuye a garantizar la seguridad del paciente y aplica las guías de práctica clínica.
MOTIVACIÓN
Demuestra interés por su trabajo y por alcanzar los objetivos formativos. Se implica en la actividad del servicio/unidad. Es proactivo en la búsqueda de información y estudio de un problema y reflexiona sobre su práctica profesional modificando su comportamiento en consecuencia (autoaprendizaje).
PUNTUALIDAD/ASISTENCIA
Es puntual y cumple con la jornada laboral. No hay faltas de asistencia sin justificar.
COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA
Demuestra habilidades de relación interpersonales y de comunicación necesarias para un eficaz intercambio de información, oral o escrita, para la toma de decisiones compartidas con los pacientes, sus familiares o representantes legales, relativa a cualquier aspecto del proceso asistencial.
TRABAJO EN EQUIPO
Se integra en las actividades del Servicio/Unidad y participa con el resto de profesionales en la resolución de problemas y toma de decisiones.
VALORES ÉTICOS Y PROFESIONALES
Tiene como principal objetivo el cuidado y bienestar del paciente. Respeto los valores y derechos de los pacientes, así como su autonomía en la toma de decisiones. Respeto la confidencialidad y el secreto profesional. Identifica los problemas/conflictos éticos y propone soluciones razonadas. Pide ayuda en situaciones complejas o relevantes. Cumple el Reglamento de la Institución Sanitaria

ESCALA DE CALIFICACIÓN

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

¹ Se calificará como rotación la formación teórico-práctica establecida en el POE de las especialidades de E. del Trabajo, E. Obstétrico-Ginecológica (Matronas), M. Trabajo, M. Preventiva y Salud Pública. En el resto de las especialidades, los cursos y talleres se valorarán en el apartado B de Actividades complementarias.

² La Comisión de Docencia puede determinar si la actividad en las Guardias se evalúa como parte de una rotación o se valora como una rotación específica. En este último caso, deberá incluirse un informe de rotación de las Guardias.

³ Los resultados de las pruebas objetivas de evaluación se incluirán en el expediente del residente y serán custodiadas por la Comisión de Docencia del Centro.

INFORME DE EVALUACIÓN ANUAL DEL TUTOR

NOMBRE Y APELLIDOS:		DNI/PASAPORTE:	
CENTRO DOCENTE:			
TITULACIÓN:		ESPECIALIDAD:	AÑO RESIDENCIA:
TUTOR:			

VACACIONES REGLAMENTARIAS:
PERIODOS DE SUSPENSIÓN DEL CONTRATO:
Quando la suma de los periodos de suspensión de contrato sea mayor del 25% de la jornada anual, implicará la propuesta de una "Evaluación anual negativa recuperable".

A. ROTACIONES (incluidas rotaciones externas autorizadas por la Comunidad Autónoma):

CONTENIDO	UNIDAD	CENTRO	DURACIÓN	CALIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN	PONDERACIÓN
CALIFICACIÓN TOTAL DE LAS ROTACIONES					

B. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS:

TIPO	NIVEL	DENOMINACIÓN/REFERENCIA	DURACIÓN	CALIFICACIÓN (0,01 a 0,3)
CALIFICACIÓN TOTAL DE LAS ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS				

C. CALIFICACIÓN ANUAL DEL TUTOR

COMENTARIOS:
CALIFICACIÓN CUANTITATIVA DEL TUTOR
CALIFICACIÓN GLOBAL ANUAL DEL RESIDENTE (65% A + 10% B+ 25% C):
Fecha y firma del TUTOR

cve: BOE-A-2018-5385
 Verificable en <http://www.boe.es>

INSTRUCCIONES DEL INFORME DE EVALUACIÓN ANUAL DEL TUTOR

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

Una evaluación negativa de los ítems del apartado A del Informe de evaluación de rotación, conllevará necesariamente una propuesta de evaluación negativa por insuficiente aprendizaje (recuperable o no). La evaluación negativa de los ítems del apartado B del Informe de evaluación de rotación puede recuperarse en las rotaciones consecutivas del año de formación que corresponda o pueden dar lugar a una propuesta de evaluación negativa (recuperable o no).

A. ROTACIONES⁴ (65%):

La calificación obtenida en cada rotación se ponderará de acuerdo a su duración mediante la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{DURACIÓN (en meses)} \times \text{CALIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN}}{11 \text{ MESES}}$$

B. SUMATORIO ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS (10%) con los siguientes criterios de puntuación

Nivel	Publicaciones	Comunicación Oral	Poster
Internacional	0,3	0,2	0,1
Nacional	0,2	0,1	0,05
Autonómica	0,1	0,05	0,02

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

C. CALIFICACIÓN DEL TUTOR (25%):

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

Cuando la suma de los periodos de suspensión de contrato sea mayor del 25% de la jornada anual, el tutor deberá proponer al Comité de Evaluación una **EVALUACIÓN ANUAL NEGATIVA RECUPERABLE** o, si el periodo de suspensión es superior a 6 meses podrá proponer la repetición del año de formación⁶.

⁴ Se calificará como rotación la formación teórico-práctica establecida en el POE de las especialidades de E. del Trabajo, E. Obstétrico-Ginecológica (Matronas), M. Trabajo, M. Preventiva y Salud Pública. En el resto de las especialidades, los cursos y talleres de formación teórica se valorarán en el apartado B de Actividades complementarias.

⁵ La Comisión de Docencia puede determinar si la actividad en las Guardias se evalúa como parte de una rotación o se valora como una rotación específica. En este último caso, deberá incluirse un informe de rotación de las Guardias.

⁶ Requiere informe de la Comisión de Docencia y Resolución favorable del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

10. BIBLIOGRAFIA ÚTIL PARA LAS ROTACIONES

HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTAS.

- Shiff's Diseases of the Liver. 11th Edition. Lippincott Williams & Wilkins.

Philadelphia 2011.

- Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 10th Edition.

Saunders Elsevier. Philadelphia 2015.

- HARRISON, Principios de Medicina Interna, 19ª edición.
- Revistas de consulta obligada disponibles en la web del hospital: Gastroenterology, Gut, New England Journal of Medicine (semanal), Journal of Hepatology, Hepatology, The American Journal of Gastroenterology.
- Guías clínicas de la SEED, AEG, ECCO, AEEH, EASL.

ECOGRAFÍA

- Tratado de Ultrasonografía Abdominal. Asociación Española de Ecografía Digestiva. 2015.
- Abdominal Imaging (Revista)
- Guías clínicas de la sociedad de ecografía.

ENDOSCOPIA

- Cotton P, Williams CB. Practical Gastrointestinal Endoscopy. The Fundamentals. 2014
- Gastrointestinal Endoscopy (Especialmente trabajos de revisión, disponible en la Web del Hospital)
- Endoscopy. Thieme-Connect.
- Wilcox CM. Atlas of Clinical Gastrointestinal Endoscopy. Ed. Saunders 2012.
- Wayne JD. Colonoscopy, Principles and Practice. Willey-Blackwell 2009
- Cannard. Gastrointestinal Endoscopy in Practice. Churchill- Livingstone 2011
- Guías clínicas de las principales sociedades de endoscopia

UCI

- HARRISON, Principios de Medicina Interna, 19ª edición. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 10th Edition. Saunders Elsevier. Philadelphia 2015.