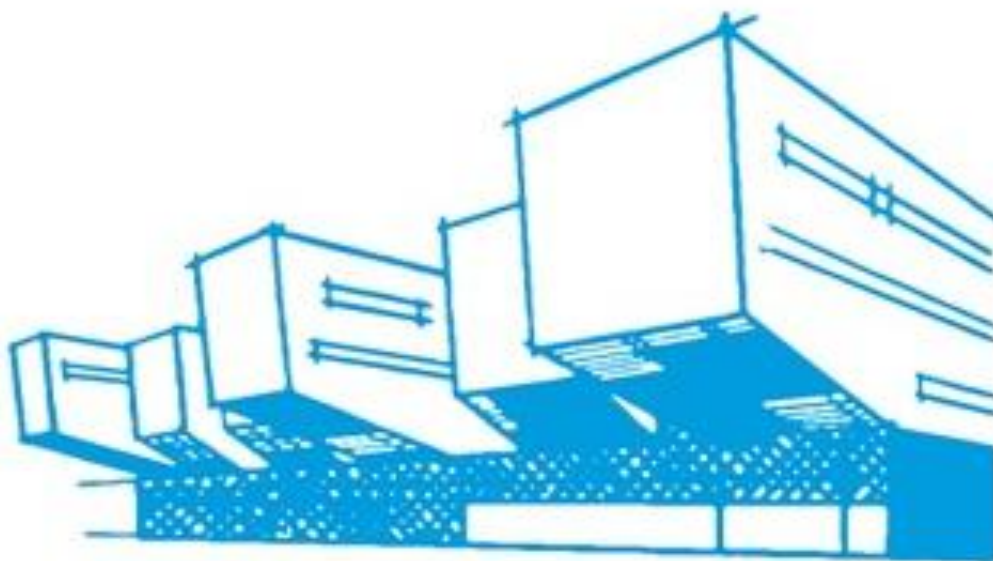




# Hospital Universitario General de Villalba

## GUÍA O ITINERARIO FORMATIVO DE LA UNIDAD DOCENTE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

*(Actualización Mayo 2025)*



Supervisado por

**Francisco Borja Hernández Moreno**  
Presidente de la Comisión de Docencia

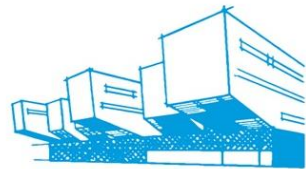
### **AUTORES**

**Santiago González Ayora**  
Tutor/a de Residentes de ...  
**María José Fraile Vilarrasa**  
Jefe/a de Servicio de



## ÍNDICE

<b>1. Bienvenida.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Estructura física.....</b>	<b>3</b>
<b>3. Organización jerárquica y funcional.....</b>	<b>3</b>
<b>4. Cartera de Servicios.....</b>	<b>4</b>
<b>5. Programa formativo oficial de la especialidad.....</b>	<b>7</b>
<b>6. Guía o itinerario formativo tipo de la Unidad.....</b>	<b>7</b>
6.1 Objetivos generales y específicos.....	7
6.2 Competencias generales a adquirir durante la formación.....	9
6.3 Cronograma de rotaciones.....	11
6.4 Competencias específicas por rotación.....	11
<b>7. Programación de atención continuada/guardias.....</b>	<b>16</b>
7.1 Organización de guardias.....	16
7.2 Horarios.....	17
7.3 Asignación de guardias.....	18
7.4 Organización de las guardias con las vacaciones y permisos especiales.....	18
7.5 Libranza postguardia.....	19
7.6 Cambios de guardias.....	19
7.7 Bajas médicas y situaciones especiales.....	19
<b>8. Evaluación formativa y sumativa del residente.....</b>	<b>20</b>
8.1 Tipos de evaluación.....	21
8.2 Evaluación formativa o continua.....	21
<b>9. Programación de las sesiones clínicas y bibliográficas en las que participa el residente.....</b>	<b>22</b>
9.1 Sesiones del servicio y bibliográficas.....	22
9.2 Programa de acogida de residentes.....	23
9.3 Cursos de formación complementaria para residentes.....	24
9.4 Jornadas de la especialidad.....	24
<b>10. Objetivos de investigación.....</b>	<b>25</b>
<b>11. Anexos.....</b>	<b>25</b>
11.1 Publicaciones.....	25



## 1. BIENVENIDA.

La Dra. María José Fraile Vilarrasa, Jefa de Servicio del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, y el Dr. González Ayora, Tutor de Residentes, dan la bienvenida a nuestro hospital y a nuestro servicio al nuevo integrante de nuestra Unidad de Formación especializada vía MIR.

En primer lugar, expresar nuestra felicitación por haber concluido el examen MIR y haber optado a una plaza de formación especializada y, en segundo lugar, mostrar gratitud por haber sido elegidos para llevar a cabo esta labor.

Por nuestra parte, expresamos el compromiso de poner toda nuestra capacidad, apoyo, colaboración y exigencia para que la persona en formación alcance un nivel de autonomía y desarrollo profesional completos y del que sentirnos orgullosos.

La mayor de las suertes y éxitos en esta nueva etapa,

  
Dra. M.ª José Fraile Vilarrasa

Jefa de Servicio

  
Santiago González Ayora

Tutor de Residentes

## 2. ESTRUCTURA FÍSICA.

Las dependencias físicas del Servicio consta de las siguientes estructuras:

- Hospitalización General: Plantas de Hospitalización (3A 22 camas, 3B 30 camas, 3C 33 camas).
- Cuidados intensivos UCI (eventual): 12 Camas.
- Consultas externas: 2 salas de consultas (2B02 y 2B03), 1 sala de curas (2B04), 1 sala de pruebas funcionales en el área de endoscopias.
- Gabinete de cirugía menor ambulatoria.
- Quirófanos: 9 Quirófanos Centrales, siendo el quirófano 5 el habitual del Servicio, además del quirófano 9 cuando se realiza cirugía robótica. El quirófano reservado para intervenciones urgentes es el número 2.
- Sala de reuniones o aula del servicio Planta 2º, zona de docencia.

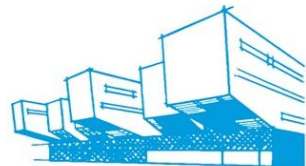


*Quirófano 5*

### 3. ORGANIZACIÓN JERÁRQUICA Y FUNCIONAL

El servicio presenta una composición jerárquica con los siguientes recursos humanos:

- Jefe de Departamento: Prof. Damián García Olmo.
- Jefe de Servicio: María José Fraile Vilarrasa.
- Jefe Asociado: Ignacio Valverde Núñez.
- Adjuntos del Servicio:
  - Tihomir Georgiev Hristov. Coordinador de docencia UAX.
  - Santiago González Ayora . Tutor de residentes.
  - Juan Bernar de Oriol.
  - Karin Lux.
  - Cristina Viyuela García.
  - Cristina Barragán Serrano.
  - Jorge Saavedra de Ambrosi.
  - David Navarro Fajardo.
  - Cirujanos Externos Colaboradores: Ana Moreno Posada, Miguel Suárez, Mónica Ballón, Fernando Prieto y Esther García.
- Supervisora Planta Hospitalización: Susana Enríquez Erustes.
- Supervisora Quirófano Central y CMA: Gemma Fernández Sanz.
- Enfermera Consultas: Sara Martín Domínguez.
- Personal administrativo Susana Jiménez Montilla, Olga Perales Soler.
- Epidemiología Laura del Nido Varo (Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología).



## 4. CARTERA DE SERVICIOS.

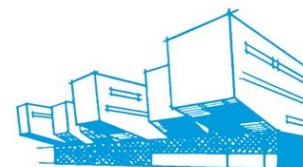
El servicio queda estructurado por áreas de conocimiento (especialización) y abarca las siguientes unidades:

- Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática.
- Unidad de Cirugía Esofagogástrica.
- Unidad de Cirugía Colorrectal.
- Unidad de Cirugía Endocrina, Cuello y Mama.
- Unidad de Suelo Pélvico y Proctología Funcional.
- Unidad de Cirugía de la Obesidad Mórbida.
- Unidad de Pared Abdominal.
- Unidad de Cirugía Sin Ingreso.

La actividad asistencial del año 2023 presenta los siguientes datos:

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 2023	N
Totales	2236
Con ingreso	908
CMA	1328
Urgentes	664
Estancia media (días)	0
Peso medio	0

CONSULTAS EXTERNAS 2023	N
Primeras	6677
Revisiones	8403
Total	15080

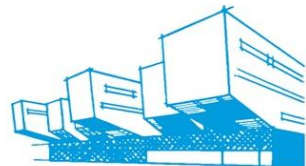


HOSPITALIZACIÓN 2023	
Altas hospitalización	1015
Tasa de reingresos	2.96
Peso Medio	1.16
Estancia media (días)	4.12

En lo que al abordaje se refiere, todas las apendicectomías y colecistectomía de urgencias se abordan por vía laparoscópica salvo contraindicación específica. En la sección de cirugía colorrectal, más del 95% de la patología oncológica de colon y recto se realizó por abordaje laparoscópico o robótico. El 100% de la cirugía bariátrica y funcional esofagogástrica se realizó por vía laparoscópica o robótica. Respecto a la cirugía hepatobiliopancreática, el abordaje de elección fue laparoscópico o robótico para las hepatectomías excepto en casos seleccionados y para el 100% de los casos de cirugía de cuerpo/cola de páncreas, esplenectomías y derivaciones biliares. El abordaje endoscópico de la pared abdominal mantiene su ascenso, siendo de aproximadamente el 50% en las hernias inguinales y se ha iniciado el programa de cirugía robótica para hernias ventrales.

Estos fueron los GRDs más frecuentes en los últimos años:

GRDs más frecuentes (2022-2023)	N
Colecistectomía programada	300 - 330
Colecistectomía urgente	60 - 70
Hernia inguinal abierta	200 - 250
Hernia inguinal endoscópica	150 - 200
Apendicetomía laparoscópica	170 - 195
Hernias ventrales	100 - 130
Cirugía proctológica	250-275
Cirugía de colon	40-60
Cirugía de recto	9-14
Cirugía tiroidea	30-35
Cirugía paratiroides	10-20
Cirugía bariátrica	40 - 50
Esofagogástrica funcional	10 - 15



Esofagogástrica oncológica	7 - 10
Cirugía hepática	15 - 20
Cirugía pancreática	10 - 15
CMA	800-1000

## 5. PROGRAMA FORMATIVO OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD.

Los programas formativos del Ministerio de Sanidad acordados con las Comisiones Nacionales de cada especialidad se puede ver en el siguiente enlace: <https://www.boe.es/eli/es/o/2007/04/13/sco1260>. Mediante la Orden SCO/1260/2007, de 13 de Abril, se aprueba y publica el último programa formativo de la Especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGAD). El Título de Especialista en CGAD se equipara al resto de los países de la Unión Europea y se denomina de Especialista en Cirugía General.

## 6. GUÍA O ITINERARIO FORMATIVO TIPO DE LA UNIDAD.

Se elabora la guía adaptando el programa oficial de la especialidad a las características de la unidad docente y del Hospital Universitario General de Villalba. Esta guía o itinerario formativo tipo es de aplicación a todos los residentes que se forman en la misma, sin perjuicio de su adaptación como plan individual a cada uno de los residentes.

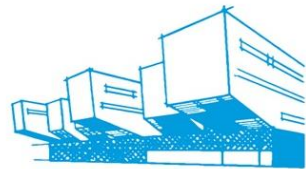
El Itinerario Formativo de la Unidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo fue desarrollado por la Jefa de Servicio, M.<sup>a</sup> José Fraile Vilarrasa y el Tutor de Residentes, Santiago González Ayora y fue aprobado a fecha 13/02/2020 por la Comisión de Docencia. En dicha Guía Formativa se establecen los siguientes apartados:

### 6.1. Objetivos generales y específicos.

Los **objetivos generales** y específicos de la residencia de Cirugía General y Aparato Digestivo son (según el programa oficial de la especialidad) de gradación ascendente en función de la complejidad, de cara a que sean adquiridos con un grado de aptitud y autonomía creciente:

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

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



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

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

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

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

El número mínimo de intervenciones quirúrgicas que debe haber realizado un residente como cirujano al término de su residencia según el plan de especialidad:

#### Cirugía Esofagogástrica:

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

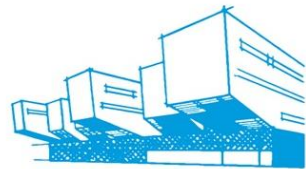
#### Coloproctología:

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

#### Cirugía Hepatobiliopancreática:

- Resección hepática: 4.
- Colecistectomía abierta: 5.
- Cirugía de la VBP: 4.
- Esplenectomía: 3.





## Cirugía endocrina:

Tiroidectomía: 10.

Paratiroidectomía: 2.

## Cirugía mamaria:

Cirugía de mama benigna: 15.

Cirugía cáncer de mama: 15.

## Cirugía de la pared abdominal:

Reparación de hernia inguinocrural: 25.

Reparación de hernia umbilical: 5.

Eventraciones: 10.

## Cirugía Laparoscópica (30):

Al menos 15 colecistectomías.

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

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

Resecciones esofágicas: 5.

Resecciones hepáticas mayores: 5.

Extracción hepática: 3.

Duodenopancreatectomía: 3.

Trasplante hepático: 2.

## 6.2 Competencias generales a adquirir durante la formación.

Progresión en la adquisición de conocimientos a lo largo de la residencia en las rotaciones de Cirugía General y Aparato Digestivo:

- La adquisición de conocimientos específicos de la especialidad será progresiva a lo largo de los diferentes años de residencia. Las rotaciones por las diferentes secciones específicas de conocimiento (Coloproctología, Hepatobiliopancreática, Esofagogástrica, Endocrinológica, Pared abdominal) serán adaptadas a las necesidades y homogeneizadas a lo largo del tiempo.

- El aprendizaje no abarcará exclusivamente a conocimientos teóricos y prácticos desde el punto de vista técnico, sino que se deberá hacer copartícipe y protagonista al residente de las diferentes sesiones clínicas, publicaciones científicas, asistencia a congresos e inicio del doctorado.

- Competencias residente:



- \* Aprender el manejo del paciente quirúrgico desde el punto de vista global, adquiriendo una adecuada experiencia en la relación médico-paciente y con su familia.

- \* Aprender a hacer una historia clínica adecuada y saber qué tipo de pruebas puede requerir el paciente según el diagnóstico de presunción.

- \* Obtener unos conocimientos anatómicos completos.

- \* **Objetivos generales del R5:** Adquirir los conocimientos que debe tener un adjunto junior para lograr desenvolverse adecuadamente en su futuro laboral, mediante el aprendizaje de cirugías superespecializadas, la participación activa como primer ayudante en las cirugías de elevada complejidad y la consolidación de habilidades quirúrgicas avanzadas en cirugía laparoscópica. Iniciarse en el manejo de la cirugía robótica.

- \* **Objetivos específicos del R5:**

- Realizar el pase de visita médica en la Sala de hospitalización por la enfermería responsable del paciente (nivel 3).

- Conocer cómo realizar un interrogatorio dirigido al paciente, el examen físico e inspección de la hoja de constantes, la solicitud de exploraciones complementarias, la anotación de la evolución clínica y de las órdenes de tratamiento (nivel 3).

- Conocer como informar a los familiares del paciente de su evolución clínica (nivel 3).

- Participar de forma autónoma en el área de consultas externas en las agendas de las distintas secciones (nivel 3).

- Aprender a atender los partes de interconsulta de otros departamentos (nivel 3).

- Manejar el diagnóstico y tratamiento del paciente séptico y politraumatizados (nivel 3).

- Debe ser capaz de organizar y exponer una Sesión Científica, una Sesión Bibliográfica, una Sesión de Morbimortalidad y una Sesión Multidisciplinar.

- Debe ser capaz de actualizar una Vía Clínica y manejar registros de datos.

- Debe haber finalizado los Cursos de Doctorado de cara a la capacitación para la lectura de la Tesis Doctoral.

- Al final del periodo formativo el residente deberá contar con un mínimo de 6 publicaciones escritas o admitidas para publicación como primer autor o como colaborador.

- Debe ser capaz de exponer una comunicación oral en el Congreso Nacional de Cirugía o en alguna de sus Secciones. Al final del periodo formativo debe haber participado en, al menos, 10 comunicaciones a congresos.

- Debe participar como colaborador docente.



## 6.3. Cronograma de rotaciones.

El programa oficial de la especialidad ha sido adaptado a las características de este hospital, tal y como contempla la normativa vigente. En la siguiente página encontrará un esquema de las rotaciones según año de residencia.

MESES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>R1</b>	CGD	CGD	URG	URG	ANES	RX	CGD	CGD	CGD	CGD	<b>VAC</b>	UCI
<b>R2</b>	UCI	CGD	CGD	DIG	CGD	CGD	CGD	CGD	CGD	CGD	<b>VAC</b>	CGD
<b>R3</b>	CGD	CGD	CGD	CGD	VASC- PLAS	VASC- PLAS	CGD	CGD	CGD	CGD	<b>VAC</b>	CGD
<b>R4</b>	CGD	CGD	CGD	CTO	CTO	CGD	CGD	R EXT	R EXT	CGD	<b>VAC</b>	CGD
<b>R5</b>	CGD	CGD	CGD	R EXT	R EXT	CGD	CGD	CGD	CGD	CGD	<b>VAC</b>	CGD

## 6.4. Competencias específicas por rotación.

Competencias a adquirir por año de residencia y rotación.

### Primer año (R1).

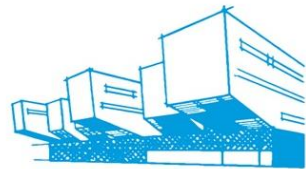
Procedimientos y técnicas que el R1 debe aprender al margen de las intervenciones quirúrgicas: Historia clínica e identificación de problemas. Exploración física del paciente. Exposición oral de la historia clínica. Conocer los protocolos de preparación preoperatoria. Colocar una sonda nasogástrica. Colocar un catéter intravenoso. Colocar una sonda vesical. Colocar un catéter venoso central. Redactar una hoja operatoria. Ordenar un tratamiento postoperatorio. Controlar la reposición de líquidos y electrolitos. Controlar una nutrición parenteral. Diagnosticar desviaciones de la evolución postoperatoria. Tratar las heridas operatorias y sus complicaciones. Realizar una anestesia local. Realizar técnicas asépticas y antisépticas en el quirófano. Aplicar correctamente un tratamiento antibiótico. Preparar el campo operatorio. Control y extracción de drenajes postoperatorios. Redactar un informe de alta.

#### 1. Rotación por Servicio de Anestesia y Reanimación (1 mes):

\* Generalidades de la anestesia.

\*Anestesia general: definición y fases, valoración preoperatoria y clasificación ASA, monitorización básica no invasiva, farmacología básica de los anestésicos intravenosos, opiáceos, relajantes musculares y anestésicos inhalatorios.

\* Manejo de catéteres vasculares y técnicas de punción.



- \*Valoración básica de la vía aérea; dispositivos supraglóticos e iniciación a las técnicas de intubación orotraqueal. Indicaciones de ventilación mecánica. Indicaciones de traqueostomía.

- \*Farmacología de los anestésicos locales.

- \*Complicaciones cardiovasculares y respiratorias. Extubación y manejo perioperatorio en las primeras horas.

## 2. Rotación por el Servicio de Urgencias (2 meses):

- \*Adquirir los conocimientos fundamentales para la orientación diagnóstica inicial y la clasificación de los pacientes en el área de urgencias.

- \*Aprender a realizar una correcta valoración clínica del paciente admitido en urgencias; saber hacer un diagnóstico diferencial según los datos clínicos del paciente, conocer técnicas auxiliares de diagnóstico y sus indicaciones.

- \*Aprender a pautar el tratamiento más apropiado para cada patología; identificar y tratar inicialmente las emergencias que puedan ser susceptibles de ingreso en las plantas de hospitalización.

- \*Técnicas básicas como: sutura de heridas superficiales, sondaje naso-gástrico, lavado gástrico, drenaje de abscesos, extracción de drenajes, sondaje y lavado vesical, realización de anestesia local, vendajes básicos, taponamiento nasal anterior y posterior, tratamiento de quemaduras leves, curetaje de heridas, así como técnicas de asepsia.

## 3. Rotación por el Servicio de Radiodiagnóstico (1 mes):

El residente ha de adquirir los conocimientos y destrezas en relación con:

- \* Indicaciones e interpretación de la radiología simple y contrastada; Métodos de imagen digitalizados; Mamografía; Ecografía diagnóstica e intervencionista, eco-doppler; Resonancia Magnética (RMN) y Tomografía Axial Computerizada (TC); Tipos principales de secuencias e indicaciones clínicas.

- \* Relación coste-beneficio de las diversas técnicas de imagen.

## **Segundo año (R2).**

### 1. Rotación por el Servicio de Medicina Intensiva y Unidad de Cuidados Intensivos - UCI (2 meses):

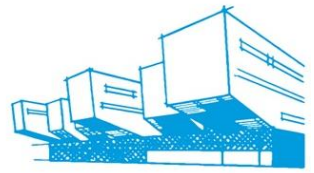
El residente deberá adquirir los conocimientos y destrezas en relación con:

- \* Generalidades del paciente crítico.

- \* Monitorización invasiva.

- \* Sedación, analgesia.

- \* Técnicas de colocación y manejo de catéteres vasculares. Técnicas de punción. Aprendizaje de nuevos métodos guiados por ecografía.



- \*Indicaciones de ventilación mecánica y sus posibilidades. Indicaciones de traqueostomía.

- \*Complicaciones cardiovasculares y respiratorias. Extubación y manejo postoperatorio.

- \* Manejo y tratamiento del paciente politraumatizado.

- \* Alteraciones del equilibrio ácido-base.

- \* Manejo de drogas vasoactivas.

- \* Procedimientos de Reanimación cardiopulmonar.

- \* Manejo de complicaciones infecciosas. Antibioterapia. Guías de tratamiento de infección nosocomial.

- \* Métodos de valoración del estado nutricional.

- \* Procedimientos de nutrición artificial.

## 2. Rotación por el Servicio de Endoscopias y Digestivo (1 mes):

- \*Adquirir conocimientos y destrezas en relación con la fibrogastroscoopia, la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE), la fibrocolonoscopia y la rectoscopia.

- \* Fibrogastroscoopia. Indicaciones y aplicabilidad, con carácter electivo, en la patología del tracto digestivo superior: reflujo gastroesofágico y lesiones asociadas, úlcera péptica gastroduodenal y sus complicaciones, valoración y control del estómago operado, diagnóstico de las lesiones tumorales, incluyendo valoración de extensión (detección macroscópica, obtención de biopsias y aplicación de ecoendoscopia).

- \* Indicaciones y aplicabilidad, con carácter urgente, en las siguientes situaciones: cuerpos extraños, ingesta de cáusticos, hemorragia digestiva alta y periodo postoperatorio.

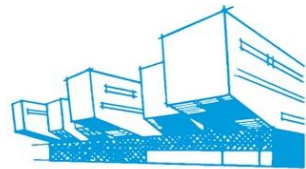
- \* También, las posibilidades de la yeyunoscoopia y de la enteroscoopia con cápsula inalámbrica.

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

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

- \*Además, el residente deberá adquirir conocimientos relacionados con: Valoración de los controles tras la realización de técnicas endoscópicas y tratamiento quirúrgico de las complicaciones más frecuentes.

- \*Aprender los conceptos y prácticas básicos en la desinfección de instrumental endoscópico. Familiarizarse con los métodos de obtención y tratamiento de imágenes en la práctica endoscópica.



## **Tercer año (R3).**

### 1. Rotación por Angiología y Cirugía Vascular (2 meses):

- \* El residente deberá adquirir los conocimientos y destrezas en relación con la anamnesis y exploración en angiología.
- \* Evaluación y manejo de los pacientes con isquemia aguda y crónica o ulceraciones en las extremidades inferiores.
- \* Valoración de los pacientes con trombosis venosa.
- \* Valoración del pie diabético.
- \* Vías y técnicas de acceso a los vasos. Disección y control de los troncos vasculares.
- \* Principios de la sutura vascular. Anastomosis vasculares; Embolectomías en la extremidad superior e inferior.
- \* Conceptos generales sobre injertos y prótesis de sustitución vascular.
- \* Cirugía exerética y amputaciones por isquemia.

### 2. Rotación por el Servicio de Cirugía plástica (1 mes):

- \* Manejo y tratamiento de las úlceras por presión.
- \* Cirugía reconstructiva de la mama (protésica y autóloga). Indicaciones. Ayudantía en quirófano.
- \* Cirugía del contorno corporal, en pacientes sometidos a cirugía bariátrica.
- \* Cirugía reconstructiva de piel y partes blandas. Injertos de piel. Realización de colgajos cutáneos. Indicaciones y ayudantías en quirófano.

## **Cuarto año (R4).**

### 1. Rotación por el Servicio de Cirugía torácica (2 meses):

- \* Identificación y descripción de los problemas clínicos planteados, y el proceso a seguir para el establecimiento de una indicación quirúrgica en la patología torácica.
- \* Interpretación de datos aportados por las técnicas de imagen como la radiología simple del tórax, TC y broncoscopia.
- \* Particularmente se instruirá en la técnica de toracocentesis, el tratamiento de urgencia del neumotórax espontáneo y del empiema pleural, las vías de acceso a la cavidad torácica y el mediastino, las toracotomías y la toracoscopia, la colocación de drenajes torácicos y el tratamiento de urgencia del trauma torácico.

### 2. Rotación externa (2-3 meses):

- \* Durante el periodo de residencia se puede optar a 6 meses de rotación externa. La idea que se propone desde el HGU es una rotación de 2-3 meses de R4 o R5 en un centro de referencia internacional en la patología elegida por el residente. Se podrá cambiar el año de



residencia con la rotación de trasplante hepático que, sin ser obligatoria, está fuertemente recomendada desde el servicio.

## **Quinto año (R5).**

### 1. Rotación externa en Unidad de Trasplantes (2 meses):

\*El residente debe adquirir los conocimientos y destrezas sobre las indicaciones, técnicas quirúrgicas y procedimientos a seguir del trasplante hepático de donante cadáver y vivo, intestinal y pancreático-renal.

\*Adquirir conocimientos sobre el control postoperatorio de los pacientes trasplantados (inmunosupresión).

\*Criterios de muerte cerebral.

\*Mantenimiento del donante.

\*Aspectos médico-legales del trasplante.

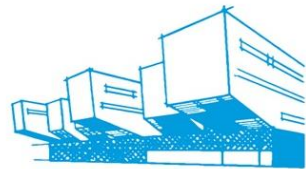
### **\*\*\* ESPECIFICACIONES SOBRE ROTACIONES EXTERNAS:**

En todos los casos deben ser propuestas por el tutor a la Comisión de Docencia especificando los objetivos que se pretenden para la ampliación de conocimientos o el aprendizaje de técnicas no realizadas en el Centro o Unidad y que son necesarias o complementarias del POE. Deben realizarse, preferentemente, en centros acreditados para la docencia o en centros nacionales o extranjeros de reconocido prestigio.

La Comisión de Docencia de la HUGV es la encargada de validar las distintas rotaciones que se realicen durante el periodo de residencia, así como de asistir a los residentes en cualquier aspecto su proceso de formación. El RD 183/2008 considera como rotaciones externas, los periodos formativos que se lleven a cabo en Centros no previstos en el programa de formación ni en la acreditación otorgada a nuestra UD. Para optar a las rotaciones externas se exige:

- \* Ser residente de los tres últimos años de la especialidad en cuestión.
- \* Ser propuestas por el tutor de residentes o la comisión de docencia con la especificación de los objetivos que se pretenden el año antes de la rotación.
- \* Ser corroborada por el jefe de servicio o de la UD.
- \* Que la duración de la rotación sea por un periodo de 1-4 meses.
- \* Que se realicen en centros de reconocido prestigio:
- \* Hospitales académicos
- \* Bajo la tutela de especialistas renombrados que han de ser los que acepten por escrito la responsabilidad de acoger en su unidad a los residentes.

La duración de la rotación externa (tanto para rotaciones de programa como rotaciones opcionales) será «En especialidades de cuatro o cinco años: máximo cuatro meses



continuados por año de residencia, y no debiendo superar los 12 meses en todo el periodo formativo de la especialidad. Mínimo 2 meses».

## 7. PROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN CONTINUADA/GUARDIAS

Por normativa, se deben hacer al menos 4 guardias al mes. El máximo número admitido es de 6 guardias mensuales, sólo justificable en meses de vacaciones, o por otras causas de fuerza mayor (bajas, congresos... etc.). Por tanto, se debe de hacer un mínimo de 44 y un máximo de 55 guardias al año, nunca exceder de 66 anuales; en ningún caso deben hacerse 7 o más guardias mensuales. Hay que tomar en consideración que las guardias se libran al día siguiente, no cualquier otro día.

El 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 en su Disposición Final primera modifica el artículo 5, 1 b) del RD 1146/2006 estableciendo:

- \* Entre el final de una jornada y el comienzo de la siguiente deberá mediar, como mínimo, un período de descanso continuo de 12 horas

- \* Después de 24 horas de trabajo ininterrumpido, bien sea de jornada ordinaria que se hubiera establecido excepcionalmente, bien sea de jornada complementaria, bien sea de tiempos conjuntos de ambas, el residente tendrá un descanso continuo de 12 horas, salvo en casos de emergencia asistencial. Por tanto, queda eliminado el especial interés formativo del texto legal (vigente de 8 de octubre de 2006 a 21 de febrero de 2008) por lo que solo la emergencia asistencial podría justificar que tras 24 horas de trabajo ininterrumpido no se aplique el imperativo descanso después de una guardia de 24 horas de presencia física. Por tanto, deberán librarse las guardias de 24 horas al día siguiente de las mismas. En cuanto al número de horas trabajadas, dos jornadas de atención continuada equivaldrían a una guardia dado que estas jornadas no se libran al día siguiente. Si se hacen jornadas de atención continuada habría que reducir el número de guardias de presencia física de la forma correspondiente.

### 7.1. Organización guardias.

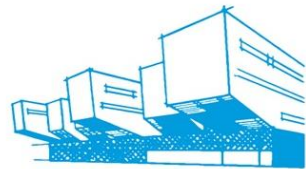
Desde el Servicio de Cirugía General y, de acuerdo con otras UD, se ha establecido la realización de guardias de la siguiente manera:

- El residente de Cirugía General realizará 3 guardias al mes en el Servicio de Urgencias durante los primeros 9 meses. Durante los dos meses de rotación en dicho servicio (2 meses), todas las guardias (4-5) se realizarán en el propio servicio de Urgencias.

- El resto del primer año y los siguientes cuatro años hasta finalizar su residencia, las guardias serán de presencia en el Servicio de Cirugía General excepto durante los dos meses de rotación en UCI, ya que la totalidad de las guardias se realizarán en dicho servicio.

El personal de guardias de Cirugía General lo constituyen en la UD un cirujano adjunto y un cirujano localizado. Las actividades de la Guardia incluyen: asistencia a los enfermos





sobre los que se pide consulta desde el Servicio de Urgencias, contribuyendo a las decisiones del ingreso, alta, traslado u observación; realización de las intervenciones de urgencia de los pacientes que lo precisen, y la atención continuada de los pacientes ingresados.

La libranza de guardia al día siguiente de la misma es obligatoria una vez que se haya terminado el pase de incidencias de la guardia en la sesión del Servicio.

#### Funciones del residente de guardia:

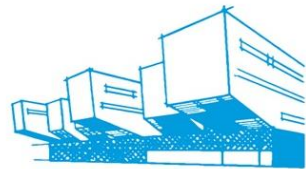
- Después de la Sesión del Servicio, realizará una visita al Departamento de Urgencias para recibir información actualizada de los pacientes ingresados en dicho Departamento, y de los que estén pendientes de intervenciones quirúrgicas ya indicadas.
- Atenderá las llamadas procedentes del Departamento de Urgencias y de las distintas plantas.
- Deberá informar de las urgencias pendientes de resolución al equipo quirúrgico que comienza la guardia a las 15:00 horas.
- Organizará el quirófano cuando, durante la mañana, sea necesario realizar una operación urgente.
- Será el encargado de dar las altas cuando el cirujano responsable de un paciente no lo pueda hacer por encontrarse en consulta o en quirófano. Supervisión del residente de guardia.
- Todas las valoraciones y los informes de alta de los pacientes atendidos por residentes durante la guardia deben ser refrendados por los adjuntos de guardia sin excepción.
- Todas las actuaciones de los residentes pequeños (R1 y R2) precisarán de la supervisión física por parte del especialista de guardia y el resto de residentes mayores que coincidieran en la plantilla de guardia.
- La supervisión en la guardia debe ser progresivamente decreciente por lo que los residentes de último año, durante los 6 meses últimos de su residencia deben gozar de una autonomía similar a la de un especialista en las actuaciones en que un facultativo especialista recién graduado tendría plena autonomía.

Existe actividad de atención continuada (cirugía de tardes en días laborales) que realiza el residente de forma opcional pero aconsejable para su formación quirúrgica tanto como ayudante quirúrgico como cirujano principal en función de la actividad quirúrgica programada y el año de su residencia.

## **7.2 Horarios.**

Las guardias los días laborales son de 17 horas (de 15:00 a 8:00 h, viernes y Vísperas de festivos de 15:00 a 9:00 h), y los festivos de 24 horas (de 9:00 a 9:00 h, domingos y festivos de 9:00 a 8:00 h).

La **puntualidad** a la guardia es imprescindible para hacer posible el pase de guardia, que siempre se realizará a los médicos en formación que entren de guardia, por lo que hasta que éstos no hayan llegado y se hayan incorporado a la misma, el equipo de guardia “saliente”



no podrá ausentarse ni dejar de realizar sus funciones. En cualquier caso, el incumplimiento de la hora de inicio de la guardia o la reiteración evidente de esta situación deberá ser comunicado por escrito al tutor.

El hospital ofrece comida, cena y desayuno postguardia para los residentes de guardia. A la guardia, los días laborales, se incorporarán ya comidos. Para la cena, todos los días, y la comida los días de guardia de 24 horas, se organizarán en turnos previamente acordados con los adjuntos responsables.

Los MIR no se ausentarán del servicio sin conocimiento del adjunto responsable.

### **7.3. Asignación de guardias.**

El número máximo planificado de guardias será de 4-6 al mes, salvo circunstancias excepcionales y justificables. Se tendrán en cuenta las variaciones necesarias en periodos vacacionales para que a lo largo de los meses de disfrute de vacaciones reglamentarias los residentes realicen globalmente el mismo número de guardias redistribuidas en estos meses.

Las guardias a cubrir se distribuirán a lo largo de los días del mes de forma proporcionada, según itinerario formativo y de acuerdo con el programa de cada una de las especialidades de los médicos en formación que realizan guardias en el área médica, debiendo coordinarse los distintos responsables o encargados de poner las guardias (generalmente los Residentes mayores o tutores de residentes), para que la distribución de las guardias sea uniforme tanto en reparto de trabajo como en días festivos.

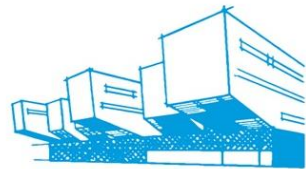
Se permite y se delega en los propios médicos en formación la realización de los calendarios de guardias a los responsables nombrados por ellos mismos a tal efecto.

**En Urgencias**, son los residentes mayores (R3 o R4) de Medicina Interna y Medicina familiar y comunitaria los encargados de distribuir las guardias. Éstos deben procurar la asignación de al menos un residente en cada circuito de la urgencia por día cuando sea posible, y una distribución equitativa de número de residentes en cada día de la semana, con una distribución homogénea.

Posteriormente deben ser supervisadas por tutores de urgencias, el coordinador de urgencias y remitidas tras su aprobación a secretaría de Docencia. A continuación, serán comunicadas a los interesados, con al menos 10 días de antelación al inicio del mes, vía correo institucional y publicadas, con acceso libre, en la Intranet. A partir de ese momento, cualquier cambio en las guardias deberá notificarse a los tutores correspondientes y la secretaria de Docencia

### **7.4. Organización de las guardias con las vacaciones y permisos especiales.**

Entre los médicos en formación se distribuirán los periodos vacacionales en partes proporcionales con el fin de mantener la capacidad funcional de los servicios a los que pertenecen o de los que dependan en sus rotaciones o programa de guardias.



Antes de validar las solicitudes de días de libre disposición, vacaciones, asistencias a congresos, permisos especiales, etc., se comprobará por los tutores que no existen durante ese periodo guardias asignadas al médico en formación, lo que, de no corregirse imposibilitará la concesión de dichos permisos

## 7.5. Libranza postguardia.

En ningún caso se permitirá un calendario de guardias donde se contemple que el mismo médico en formación hace dos guardias en días consecutivos.

De acuerdo con la legislación vigente, el médico en formación tiene derecho después de 24 horas de trabajo ininterrumpido a un descanso de 12 horas. Si en algún supuesto excepcional no pudiera aplicarse este descanso, se aplicará el régimen de descansos alternativos previstos en el Estatuto Marco para el personal estatutario.

## 7.6. Cambios de guardias.

Una vez publicado el calendario de guardias oficial no se admitirán cambios, salvo que se realicen por el médico en formación que precise el cambio de guardia, condición indispensable, y siempre que:

- Esté de acuerdo con otro médico en formación de su mismo año o incluido en su misma categoría y que realice el mismo tipo de guardias.
- Cuento con el consentimiento escrito de los dos afectados y del tutor o coordinador de urgencias (correo electrónico con copia al coordinador de urgencias, tutor de especialidad y los dos residentes implicados).
- Se haga con más de 24 horas de antelación antes del día del cambio, para que pueda recogerse éste sin problemas en el listado que se publica diariamente en la intranet con los médicos de guardia

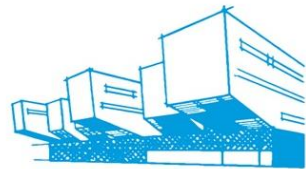
## 7.7. Bajas médicas y situaciones especiales.

La asistencia a su puesto de trabajo por parte de un residente en horario de guardia se considera **OBLIGATORIO** y por tanto la falta a la misma ha de estar **SIEMPRE** justificada y debidamente documentada. De no ser así, se informará al Jefe de la guardia y a la Comisión de Docencia, y se aplicará el régimen disciplinario del Hospital.

De igual forma si ha de ausentarse de la misma por enfermedad o causa mayor deberá avisar en primer lugar a su adjunto responsable y al Jefe de Guardia. Ésta falta no será recuperada.

Es obligación del residente hacer llegar dicha documentación a la Secretaría de Docencia y de ésta revisar que es así.

Cuando un residente no pueda realizar una guardia, sea cual sea el motivo, procurará localizar a otro residente que la cubra o bien localizar a los residentes encargados de poner las guardias, para que éstos intenten encontrar algún suplente y garantizar los puestos mínimos en cada área asistencial, con residentes de, al menos, igual promoción. Además, el residente



que no realiza la guardia deberá recuperarla otro día y al suplente se le ajustará en los siguientes meses el número total de guardias realizadas.

Según lo aprobado por la Comisión de Docencia cuando un residente falte a una guardia, aún con causa justificada:

- Si la ausencia motiva una baja menor de 5 días, deberá recuperar la guardia en el plazo de un mes, y el mismo día de la semana de la guardia que no realizó.
- Si la ausencia es superior a 5 días, lo que dificultaría el añadir una guardia más, deberá recuperarla al mes siguiente.
- En el caso de ausencia de una guardia en día festivo o en un periodo considerado "especial" (puente, semana santa, navidad, etc.) deberá recuperar dicha guardia en un periodo considerado equivalente a la guardia no realizada. La asignación de la guardia pendiente de recuperación quedará sometida a juicio del tutor correspondiente.

En cualquier caso, el tutor valorará cada situación concreta de forma individual.

En caso de comunicarse una baja laboral de más de una semana, los responsables deben equilibrar, en la medida de lo posible, el número de residentes por día en cada guardia a partir de la semana siguiente a recibir la baja.

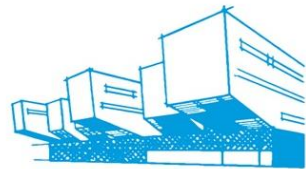
Se realizará una planilla de todos los médicos en formación con nombre, apellidos y número de teléfono, que deberá estar disponible para los residentes encargados de organizar las guardias, el tutor de residentes, el coordinador de urgencias y los jefes de guardia, para poder agilizar cualquier tipo de incidencia con respecto a las guardias.

## 8. EVALUACIÓN FORMATIVA Y SUMATIVA DEL RESIDENTE.

La evaluación durante la residencia garantiza la adquisición de las habilidades y conocimientos necesarios para el ejercicio competente de la especialidad. Asimismo, permite a tutores y residentes detectar áreas de mejora y es un incentivo para fomentar el estudio y aprendizaje del futuro especialista. El Hospital Universitario General de Villalba ha elaborado un PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL RESIDENTE, en el cual se define todo el proceso de la evaluación.

El sistema de formación sanitaria especializada está regulado por el [Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero](#). La **Dirección General de Ordenación Profesional** del Ministerio de Sanidad ha establecido nuevas directrices sobre las evaluaciones de los especialistas en formación y los documentos que las acreditan a través de la **Resolución de 21 de marzo de 2018, corregida el 3 de Julio de 2018**.

En el **Hospital Universitario General de Villalba (HUGV)** utilizamos una herramienta informática desarrollada por **Quirónsalud** para la gestión de la formación sanitaria especializada (**FORSAN**). La publicación en el BOE de la mencionada resolución ministerial ha obligado modificar profundamente el FORSAN. Se ha incorporado nuevas tendencias en materia de formación de residentes contempladas en documentos del propio Ministerio de Sanidad, aunque su adopción no tenga todavía carácter obligatorio. Estas novedades incluyen:



- Área de reflexión por parte del residente mediante.
- Reuniones trimestrales tutor – residente.
- Evaluación por competencias: aunque en el documento del Ministerio de Sanidad hablan de 360º, se ha adoptado un formato simplificado que denominamos “**de 150º**” para indicar una aplicación más reducida del principio, con valoraciones por parte del jefe de servicio, el tutor y un tercer integrante del servicio (habitualmente el supervisor de enfermería en las áreas asistenciales, técnicos de laboratorio o psicólogo, en aquellos servicios sin enfermería).
- Evaluaciones objetivas anuales (exámenes).
- Plan de formación transversal y longitudinal.

## 8.1. Tipos de Evaluación.

Hay dos tipos de evaluación, la **formativa** y la **sumativa**. Además, la nueva normativa establece evaluaciones en varios momentos del plan formativo:

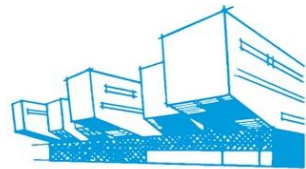
- De las rotaciones.
- Anual por parte del tutor.
- Anual por parte del comité evaluador.
- Del final de residencia.

La **evaluación sumativa** en nuestro caso no constituye una calificación que contribuya de modo significativo en la evaluación de final de curso o del fin de residencia. En realidad, es una herramienta más de la evaluación formativa y es por ello que la contemplamos más adelante dentro de ésta.

## 8.2. Evaluación formativa o continua.

Denominamos así al seguimiento continuo del proceso de aprendizaje del especialista en formación, que permite conocer y mejorar la adquisición de competencias con relación a los objetivos establecidos en el programa formativo de la especialidad, identificando y planificando las acciones necesarias para su consecución. La evaluación formativa se realiza durante toda la residencia y para llevarla a cabo se usan diferentes herramientas que a continuación se mencionan y explican:

- Valoración del cumplimiento del PAIF (Plan Anual Individualizado de Formación) así como actitudes y aptitudes del residente. En este apartado se tendrán en cuenta si el residente ha alcanzado de forma satisfactoria los objetivos anuales en su plan individualizado de formación, así como objetivos docentes y de investigación por año de residencia.
- Valoración de las calificaciones de las rotaciones externas: Se realizará una puesta en común de las calificaciones obtenidas en las rotaciones por otras especialidades y remitidas previamente por el tutor de residentes de esa rotación obteniendo un valor promedio



- Valoración del Libro de Residente Anual: La realización del libro de residente es obligatoria para cada residente y año. Se valorarán los siguientes aspectos:

Cursos comunes: Realización y evaluaciones obtenidas de los cursos o seminarios y planificados para su formación transversal.

Cursos específicos: Realización y evaluaciones obtenidas de los cursos o seminarios realizados durante su formación.

Intervenciones: Deben constar las intervenciones programadas y urgentes, realizadas como primer cirujano y ayudante, incluyendo las efectuadas en las rotaciones por otras especialidades, con expresión de los grados de complejidad y el nivel de responsabilidad.

Guardias: Se indicará el número de guardias realizadas con expresión del nivel de complejidad según los años de residencia.

Actividad investigadora y científica: Recogerá las comunicaciones, ponencias y publicaciones escritas realizadas de forma anual.

Evaluación objetiva: Se propone un examen ECOE (examen clínico estructurado) anual por años de residencia, para objetivar la capacitación conseguida por los residentes y medir, de igual forma, la capacidad de transmisión de conocimientos por parte de los distintos docentes. El examen es diseñado por el tutor de residentes bajo la supervisión del jefe del Servicio. Consiste en la realización de modelo de examen con un bloque teórico (tipo test) y un bloque práctico valorando las habilidades adquiridas ajustándolas por años de residencia y cirugías mínimas exigidas en el POE.

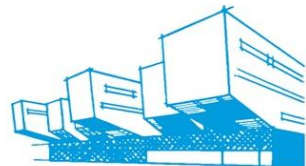
## 9. PROGRAMACIÓN DE LAS SESIONES CLÍNICAS Y BIBLIOGRÁFICAS EN LAS QUE PARTICIPA EL RESIDENTE.

Detallar las actividades formativas necesarias para la adquisición de conocimientos que le capaciten para desarrollar tareas docentes e investigadoras. El aprendizaje de cómo enseñar a otros los contenidos de su especialidad debe incluir la adquisición de habilidades docentes tanto en el ámbito colectivo como en el individual.

### 9.1 Sesiones del servicio y bibliográficas.

Tanto en la UD como a nivel hospitalario, los residentes deben ser partícipes de diferentes sesiones científicas, comités multidisciplinarios y, en la medida de lo posible, formar parte de comisiones intrahospitalarias que puedan reforzar su nivel científico y asistencial de modo global. Los diferentes aspectos serían:

- Comités multidisciplinarios: comité de ensayo FOREST (neoadyuvancia total en recto), comité de obesidad, comité de endocrinología, comité oncológico CCR-HBP, comité oncológico esofagagástrica, cirugía peritoneal, sarcomas y tumores neuroendocrinos.



- Sesiones del servicio: tendrán lugar cada 15 días, los jueves a las 07:45 h, alternando la autoría entre residentes y adjuntos. Se impartirán tanto sesiones temáticas como revisiones bibliográficas.

- Sesiones Generales: cada 15 días y cuyos temas se seleccionan desde la Dirección Médica.

- Sesiones durante las Rotaciones Externas o en otros servicios: asistirán e impartirán sesiones según dispongan los responsables del servicio pertinente.

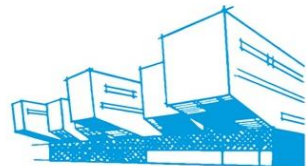
## 9.2 Programa de Acogida – Integración de Residentes.

Cada año se organiza un Programa de integración de los Residentes organizado por Jefatura de Estudios y Servicio de Urgencias en el que además se adquieren competencias transversales.

### PROGRAMA DE INCORPORACIÓN y COMPETENCIAS TRANSVERSALES DE LOS RESIDENTES:

1º DÍA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- FECHA DE INCORPORACIÓN.</li> <li>- FIRMA DE CONTRATOS.</li> <li>- EN SECRETARÍA DE DOCENCIA: Entrega, que firma el residente, de la GUIA E ITINERARIO FORMATIVO y los PROTOCOLOS DE SUPERVISIÓN Y EVALUACION DE CADA ESPECIALIDAD.</li> <li>- PRESENTACION DEL TUTOR, que da a conocer al Servicio correspondiente y al Hospital.</li> </ul>
2º DÍA	<p>8:30 – 10.00 H: Bienvenida oficial por parte de la Gerencia y el Jefe de Estudios. Presentación del Hospital.</p> <p>10.00 – 14.30 H: ¿Cómo se trabaja en el HUGV?</p> <p>Libro del residente – Herramienta Forsan</p> <p>Cómo afrontar las primeras guardias</p> <p>Protocolos de Supervisión</p> <p>Normativas de las guardias</p>
3º DÍA	<p>8:30 – 11.30 H: HISTORIA CLINICA EN URGENCIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Como elaborar una correcta historia clínica.</li> <li>• Recorrido práctico por Casiopea</li> <li>• Horus – MUP. Conciliación del tratamiento.</li> </ul> <p>12:00 – 13:00 H: TALLER DE RADIODIAGNÓSTICO</p> <p>13:00 – 14:30 H: TALLER DE VENDAJES</p>





<b>4º DÍA</b>	<p>8.30 – 11.00 H: TALLER DE MEDICINA PREVENTIVA</p> <p>Infecciones, Atención Sanitaria, PROA</p> <p>Higiene de manos y uso adecuado de mascarilla y guantes en la prevención de infecciones.</p> <p>Aislamientos en la prevención de transmisión de infecciones</p> <p>11.00 – 12.00 H: SEGURIDAD DEL PACIENTE.</p> <p>12.30 – 14.30 H: TALLER DE SUTURAS.</p>
<b>5º DÍA</b>	8:30 – 15:00 H: CURSO DE REANIMACIÓN PULMONAR BÁSICA.
<b>6º DÍA</b>	8:30 – 15:00 H: CURSO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA RESIDENTES

### 9.3. Cursos de formación complementaria para residentes.

(Plan de Formación transversal de la Comunidad de Madrid).

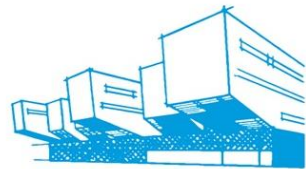
- Curso de Protección radiológica.
- Curso de historia clínica electrónica.
- Curso de Higiene de manos.
- Curso de soporte Vital Básico y Avanzado.
- Curso de módulo único de prescripción.
- Curso de búsquedas bibliográficas y lectura crítica.
- Curso de seguridad del paciente.
- Curso de bioética.
- Curso de metodología de la investigación.
- Curso de PRL específico del puesto de trabajo.
- Curso de Comunicación
- Curso de Inteligencia Artificial.
- Curso de Suturas y Vendajes.
- Curso de ECG.
- Proyectos Zero .

### 9.4. Jornadas de la especialidad.

Al inicio del mes de junio y de forma anual, el tutor se reunirá con los residentes y el Jefe de Servicio para decidir, en función del año de residencia, a qué congreso, reunión y curso debe asistir cada uno. Una vez decidido, se dará un tiempo suficiente para participar de forma activa en la realización de comunicaciones que puedan ser presentadas y defendidas tanto en congresos nacionales como en internacionales.

- Cursos: La Asociación Española de Cirugía (AEC) presenta un directorio de Cursos y Congresos en función de los años de residencia, que consideramos recomendables para su formación: Curso de hernias y curso de laparoscopia básica para R1; Curso de mama para R2; Curso de gestión online para R2; Curso online de cirugía bariátrica para R3; Curso de coloproctología para





R3-4; Curso de cirugía esófago-gástrica para R4-5; Curso de cirugía hepatobiliar para R4-5; Curso ATLS (politrauma) para R4-5.

- Congresos: Hay al menos un congreso fundamental durante el periodo de residencia: el Congreso Nacional de Cirugía de la AEC. Antes de los congresos y con suficiente tiempo de antelación, se realizará una reunión con los tutores para comentar los casos clínicos interesantes o los resultados y conclusiones de los proyectos en curso de la UD y enviarlos como comunicaciones (oral, póster o vídeo). Así mismo, se desarrollan congresos específicos de las diferentes secciones de la AEC (cirugía colorrectal, endocrina y cuello y mama, pared abdominal, esofagogástrica, Bariátrica...).

## 10. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.

Durante el periodo de residencia, cada MIR debe realizar, al menos, dos publicaciones en revistas científicas como primer autor. Así mismo debe enviar al menos dos comunicaciones orales y dos póster a congresos nacionales o internacionales para su presentación.

Todos los residentes del HUGV tendrán la opción de realizar los cursos de doctorado. La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, establece que los residentes realizarán el programa formativo de la especialidad a tiempo completo y que la formación mediante residencia será incompatible con cualquier otra actividad profesional. La incompatibilidad afecta a cualquier actividad profesional independientemente de que esté retribuida o no y de que se realice fuera de la jornada de trabajo. Por su parte, la realización de estudios de doctorado o cualquier otra actividad formativa no podrá ser alegada para obtener dispensa de las actividades formativas o laborales propias del residente, por lo que la posibilidad que se ofrece de compatibilizar los estudios de doctorado debe entenderse hecha siempre que dichos estudios no alteren o menoscaben su formación como especialista.

## 11. ANEXOS.

### 11.1. Publicaciones en revistas nacionales e internacionales:

**A.** Salido Fernandez S, Fraile Vilarrasa M, Osorio Silla I, Georgiev Hristov T, Bernar de Oriol J, González-Ayora S, Pardo García R, Guadalajara Labajo H.

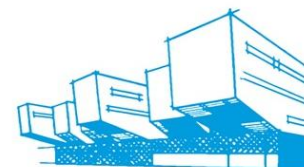
Cir Esp (Engl Ed). 2020 May;98(5):260-266. doi: 10.1016/j.ciresp.2020.01.006. Epub 2020 Mar 12.

**B.** Anastomotic leak after manual circular stapled left-sided bowel surgery: analysis of technology-, disease-, and patient-related factors.

European Society of Coloproctology (ESCP) Circular Stapled Anastomosis Working Group and 2017 European Society of Coloproctology (ESCP) Collaborating Group. BJS Open. 2024 Sep 3;8(5):zrae089. doi: 10.1093/bjsopen/zrae089.PMID: 39441693

**C.** Combined endoscopic and laparoscopic surgery (CELS) for the treatment of benign colonic polyps: Case report and description of the surgical technique.

Ezequiel Finno P, Viyuela García C, Navarro Fajardo D, **Valverde Núñez I.** Cir Esp (Engl Ed). 2025 Apr;103(4):222-223. doi: 10.1016/j.cireng.2024.11.008. Epub 2024 Dec 16. PMID: 39694089 No abstract available.



**D.** Objective demonstration of improvement of neurogenic bowel dysfunction in a case of spinal cord injury following stem cell therapy.

Guadalajara Labajo H, León Arellano M, Vaquero Crespo J, **Valverde Núñez I**, García-Olmo D.J Surg Case Rep. 2018 Nov 13;2018(11):rjy300. doi: 10.1093/jscr/rjy300. eCollection 2018 Nov.PMID: 30443317

**E.** Antibiotic prophylaxis in elective cholecystectomy: Protocol adequacy and related outcomes in a retrospective single-centre analysis.

Rodríguez-Caravaca G, Gil-Yonte P, Risco-Risco C, Latasa Zamalloa P, Villar del Campo MC, Fernández-Cebrián JM, **Valverde-Núñez I**, Lucendo AJ.Rev Esp Enferm Dig. 2016 Jan;108(1):15-9. doi: 10.17235/reed.2015.3870/2015.PMID: 26765230 **Free article.**

**F.** Immigrant Health and Early-Onset Colorectal Cancer Disparities: Results From the Spanish Early-Onset Colorectal Cancer Consortium.

Perea J, Martí-Gallostra M, García-Rodríguez A, Vidal-Tocino R, Alcázar JA, López-Rojo I, Encinas García S, Hurtado E, Jiménez LM, Álvaro E, Burdaspal A, Sanz G, Sanz López R, Jiménez Toscano M, Iglesias Comas M, Jiménez F, Caverio A, Balaguer F, Daca M, Ballesterio A, Die Trill J, Melone S, Rueda JA, Hernández-Villafranca S, García-Olmo D, Pastor C, Alvarellos A, Brandáriz L, Viyuela C, Vivas A, Muñoz P, González-Sarmiento R, Holowatyj AN; Spanish EOCRC Consortium (SECOC); TransSCOT Consortium.JCO Glob Oncol. 2024 Nov;10:e2400393. doi: 10.1200/GO-24-00393. Epub 2024 Nov 21.PMID: 39571135

**G.** Searching for the Optimal Donor for Allogenic Adipose-Derived Stem Cells: A Comprehensive Review.

Georgiev-Hristov T, García-Arranz M, Trébol-López J, Barba-Recreo P, García-Olmo D.Pharmaceutics. 2022 Oct 29;14(11):2338. doi: 10.3390/pharmaceutics14112338.PMID: 36365156

**H.** Stem cell therapy applied for digestive anastomosis: Current state and future perspectives.

Trébol J, Georgiev-Hristov T, Pascual-Miguelañez I, Guadalajara H, García-Arranz M, García-Olmo D.World J Stem Cells. 2022 Jan 26;14(1):117-141. doi: 10.4252/wjsc.v14.i1.117.PMID: 35126832

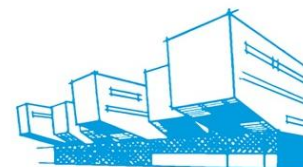
**I.** Stem Cell Therapy: A Compassionate Use Program in Perianal Fistula.I.

Herreros MD, Garcia-Olmo D, Guadalajara H, Georgiev-Hristov T, Brandariz L, Garcia-Arranz M.Stem Cells Int. 2019 May 5;2019:6132340. doi: 10.1155/2019/6132340. eCollection 2019.PMID: 31191678

**J.** A Step-By-Step Surgical Protocol for the Treatment of Perianal Fistula with Adipose-Derived Mesenchymal Stem Cells.

Georgiev-Hristov T, Guadalajara H, Herreros MD, Lightner AL, Dozois EJ, García-Arranz M, García-Olmo D.J Gastrointest Surg. 2018 Nov;22(11):2003-2012. doi: 10.1007/s11605-018-3895-6. Epub 2018 Jul 31.PMID: 30066070

**K.** Short-term outcomes and benefits of ERAS program in elderly patients undergoing colorectal surgery: a case-matched study compared to conventional care.



Tejedor P, Pastor C, Gonzalez-Ayora S, Ortega-Lopez M, Guadalajara H, Garcia-Olmo D. *Int J Colk.orectal Dis.* 2018 Sep;33(9):1251-1258. doi: 10.1007/s00384-018-3057-z. Epub 2018 May 3. PMID: 29721734

**L.** Implementation barriers for Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) in rectal cancer surgery: a comparative analysis of compliance with colon cancer surgeries.  
Tejedor P, González Ayora S, Ortega López M, León Arellano M, Guadalajara H, García-Olmo D, Pastor C. *Updates Surg.* 2021 Dec;73(6):2161-2168. doi: 10.1007/s13304-021-01115-2. Epub 2021 Jun 18. PMID: 34143398

**M.** Extended Totally Extraperitoneal (eTEP) Approach for Ventral Hernia Repair: Initial Results.  
Salido Fernandez S, Fraile Vilarrasa M, Osorio Silla I, Georgiev Hristov T, Bernar de Oriol J, González-Ayora S, Pardo García R, Guadalajara Labajo H. *Cir Esp (Engl Ed).* 2020 May;98(5):260-266. doi: 10.1016/j.ciresp.2020.01.006. Epub 2020 Mar 12. PMID: 32172955 English, Spanish.

**N.** Enhanced recovery care after colorectal surgery in elderly patients. Compliance and outcomes of a multicenter study from the Spanish working group on ERAS.  
Gonzalez-Ayora S, Pastor C, Guadalajara H, Ramirez JM, Royo P, Redondo E, Arroyo A, Moya P, Garcia-Olmo D. *Int J Colorectal Dis.* 2016 Sep;31(9):1625-31. doi: 10.1007/s00384-016-2621-7. Epub 2016 Jul 4. PMID: 27378580

**Ñ.** Association between use of enhanced recovery after surgery protocols and postoperative complications after gastric surgery for cancer (POWER 4): a nationwide, prospective multicentre study.

Ripollés-Melchor J, Abad-Motos A, Bruna-Esteban M, García-Nebreda M, Otero-Martínez I, Abdel-Lah Fernández O, Tormos-Pérez MP, Paseiro-Crespo G, García-Álvarez R, A Mayo-Ossorio M, Zugasti-Echarte O, Nespereira-García P, Gil-Gómez L, Logroño-Ejea M, Risco R, Parreño-Manchado FC, Gil-Trujillo S, Benito C, Jericó C, De-Miguel-Cabrera MI, Ugarte-Sierra B, **Barragán-Serrano C**, García-Erce JA, Muñoz-Hernández H, Río-Fernández SD, Herrero-Bogajo ML, Espinosa-Moreno AM, Concepción-Martín V, Zorrilla-Vaca A, Vaquero-Pérez L, Mojarro I, Llácer-Pérez M, Gómez-Viana L, Fernández-Martín MT, Abad-Gurumeta A, Ferrando-Ortolà C, Ramírez-Rodríguez JM, Aldecoa C; POWER Study Investigators Group. *Cir Esp (Engl Ed).* 2023 Oct;101(10):665-677. doi: 10.1016/j.cireng.2023.04.011. Epub 2023 Apr 23. PMID: 37094777

**O.** Fundoplication with extensive dissection of the esophagogastric junction: Lessons learned and outcomes from 178 consecutives patients.  
Salcedo Cabañas G, Martín Ríos MD, Posada González M, **Barragán Serrano C**, Serrano Yébenes E, García Olmo D, Vorwald P. *Cir Esp (Engl Ed).* 2024 Jan;102(1):25-31. doi: 10.1016/j.cireng.2023.11.013. Epub 2023 Dec 21. PMID: 38141845