

GUÍA FORMATIVA TIPO SERVICIO DE *APARATO DIGESTIVO* 2024-2025

COMISIÓN DE DOCENCIA

GUÍA FORMATIVA TIPO

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO

1. CARTERA DE SERVICIOS ASISTENCIALES Y DOCENTES DEL SERVICIO

1.1.- RECURSOS HUMANOS (ORGANIZACIÓN JERÁRQUICA Y FUNCIONAL).

SECCIONES O DEPARTAMENTOS QUE LO COMPONEN.

Jefe de Servicio	Dr. Rafael Gómez Rodríguez	
Tutora 1	Dra. Mayra Dalila Lindo Ricce	
Tutora 2	Dra. Carolina Delgado Martínez	
Jefe de sección	Sección Gastroenterología	Dra. Concepción Muñoz Rosas
	Sección Endoscopias	Dr. Alejandro Repiso Ortega
Número de Facultativos	Nº 27	
	- Dr. Rafael Gómez Rodríguez. - Dra. Concepción Muñoz Rosas. - Dr. Juan José Sánchez Ruano. - Dr. Tomás Artaza Varasa. - Dra. Concepción González Frutos. - Dr. Javier Blanco González. - Dr. Francisco Javier Navajas León. - Dra. Gema de la Cruz Pérez. - Dr. Alejandro Repiso Ortega. - Dra. Almudena García Vela. - Dra. Marta Romero Gutiérrez. - Dr. Diego Muñoz López. - Dra. Lucía Ruano Díaz. - Dra. Mayra Lindo Ricce. - Dra. Rosario Salmoral Luque. - Dra. María Abanades Tercero - Dr. Pablo Muñoz Gomez - Dr. Oscar Moralejo Lozano - Dra. Carolina Delgado Martínez - Dr. Carlos San Román Gutiérrez - Dr. Juan Diego Castro Limo - Dra. Maite Serrano Dueñas - Dr. Carlos Vicente Hernandez - Dra. Gema Gigante Gonzalez Aleja - Dra. Maria Jesus Carrillo - Dra. Laura Lopez - Dra. Raquel Lomas	
Número de residentes en formación	Nº 8	
	R1: • Dra. Jenny Cardenas • Dra. Vanessa Jarín	
	R2: • Dr. Víctor Chau Rodríguez • Dr. Carlos Rodrigo García	
	R3: • Dra. Olga Ramos Barriga • Dr. Pedro Barrera Sánchez	

Secciones o departamentos del Servicio	R4:	
	- Dra. Natalia María Arietti López - Dr. Jorge Barajas Pérez	
	Sección	Responsable
	Gastroenterología	Dra. Muñoz Rosas
	Endoscopias	Dr. Repiso Ortega
	Hepatología	Dr. Gómez Rodríguez

1.2.- ESTRUCTURA FÍSICA Y UBICACIÓN. ESPACIOS FÍSICOS Y EQUIPAMIENTOS DISPONIBLES:

ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

Sala de Hospitalización. Situada en la planta 4 peine 2 (F4P2) del nuevo Hospital Universitario de Toledo. Consta de:

- 18 Habitaciones dobles (36 camas).
- Dos habitaciones individuales de “aislamiento”.
- Control Central de Enfermería.
- Sala de preparación medicación. Almacén productos fungibles.
- Despacho Médicos planta.
- Despacho Médicos de planta y Sala de sesiones.
- Almacén general.
- Oficce.
- Sala información.
- Sala de estar.
- Salas de lavado.
- 4 baños para personal.
- Despacho jefe de servicio.
- Secretaría del servicio, situada en el pasillo que comunica F1 y F2 en la cuarta planta.

Total 30 camas asignadas. Media de ocupación Servicio de Digestivo 30-45 camas, por lo que hay pacientes periféricos en otras plantas de forma habitual.

Unidad de Endoscopias. Situada en la 2ª planta del nuevo Hospital Universitario de Toledo. Bajo el peine 2 F2. Consta de:

- Aseos de pacientes con taquillas.
- Sala de estar de personal.
- Sala de Limpieza y desinfección de aparatos.
- Área de recuperación con almacén y puestos de recuperación.
- Almacén general.
- Habitación para lencería y farmacia.
- Una Sala de Ecografía abdominal diagnóstica-terapéutica y cápsula endoscópica.
- Sala de espera para pacientes y familiares.
- 7 salas de endoscopias. Con brazos articulados, toma de gases, doble iluminación, ventanas y 3 de ellas con baño incorporado así como 1-2 puestos de trabajo por sala. Se realizan endoscopias mixtas (Gastro y Colonoscopias).
- Sala de CPRE/ ECOENDOSCOPIA. Se trata de una sala plomada donde se realizarán exploraciones terapéuticas que requieran control fluoroscópico o Anestesista dedicado por la complejidad de la técnica como son las CPRE, Prótesis, Drenajes. Cuenta con respirador, salida de Co2 Y almacenaje del material específico.

- **Espacios Compartidos.** Para determinadas exploraciones o intervenciones endoscópicas se utilizan otros espacios como son:

- La endoscopia pediátrica, se realiza en la UCI de Pediatría para control por parte de intensivistas pediátricos de los pacientes.
- Asimismo, se realizan endoscopias en UCI, Sala de Endoscopia Urgente próxima a la REA y en Reanimación de Urgencias si las circunstancias del paciente lo precisan.

ÁREA DE CONSULTAS

Consultas Externas:

Las consultas de aparato digestivo se pasan en los CEDTs de Toledo, Illescas y Ocaña y en el Hospital Universitario de Toledo. Se distribuyen así:

- **CEDT San Ildefonso.**



Situado en Toledo. Avda de Barber. Junto al antiguo Hospital Virgen de la Salud. El Servicio de Digestivo consta de tres salas de consulta que están ubicadas en la primera planta del Centro. Salas 117 y 118
Tfno: 49192 / 49690/ 49896 / 49863

Dos consultas generales Lunes y Viernes.

Una consulta general de Martes a Jueves.

- **CEDT Illescas.**



Situado en dicha Localidad a 36 Km. De Toledo.

El Servicio de Digestivo consta de:

Una habitación para Consulta situada en la planta primera del Centro.

Tfno 45101. Se pasan consulta los Miércoles y los Jueves.

- **CEDT Ocaña.**



Situado en dicha Localidad a 55 Km. de Toledo.El

Servicio de Digestivo consta de:

Una habitación para Consulta y Ecografía situada en la planta primera del Centro. (Compartida con Servicio de Urología). Tlf 41104. Se pasa consulta los Martes.

- **Hospital Universitario de Toledo**



Situado en Toledo. Avda del Río Guadiana. El Servicio de Digestivo consta de cinco salas de consulta que están ubicadas en la segunda planta del edificio G. Salas 201, 202, 203, 204, 205

201: consulta de enfermería (44291) y asesoramiento en la preparación de colonoscopia (44291).

Sala 202-205: Tfno 44282 / 44283 / 44284 / 44285

Dos auxiliares situadas en la consulta 205 y en la antesala de las consultas.

Se pasa consulta todos los días.

ÁREA DE URGENCIAS

SALA DE ENDOSCOPIAS URGENCIAS 1ª PLANTA.

- Situada en frente a la Sala de Reanimación, se utiliza para las endoscopias Urgentes de pacientes provenientes de Urgencias.

1.3.- CARTERA DE SERVICIOS

Los puestos de distribución de trabajo de los facultativos se realizan en las siguientes áreas:

- Hospitalización
- Endoscopias: endoscopia alta y baja diagnóstica y terapéutica, cápsula-endoscopia, ecoendoscopia diagnóstica e intervencionista, CPRE, colocación

de endoprotésis por vía endoscópica, realización de PEG, terapéutica endoscópica avanzada...

- Ecografía abdominal diagnóstica y terapéutica
- Consultas externas Hospital Universitario.
- Consultas externas en CEDT de Toledo
- Consultas externas en el CEDT de Illescas y Ocaña
- Pruebas funcionales: Phmetría y manometría
- FibroScan

1.4.- ACTIVIDADES ASISTENCIALES QUE REALIZA EL SERVICIO Y ORGANIZACIÓN DE LAS MISMAS (CONSULTAS, PLANTA, HOSPITAL DE DÍA, QUIRÓFANOS, CDTS, ETC)

A - ATENCION A HOSPITALIZADOS.

Diagnóstico y Tratamiento de toda la patología digestiva en régimen de hospitalización con una ocupación media de 30 -45 camas con 30 camas asignadas aunque también se ven paciente en otras áreas distintas (periféricos) ingresados a través del Servicio de Urgencias o de Admisión a petición de Digestivo u otros Servicios.

Si una vez diagnosticado el paciente, precisa tratamiento quirúrgico no endoscópico, o tratamiento oncológico, pasa a los Servicios de Cirugía u Oncología una vez aceptado el paciente por dichos Servicios.

La sala está atendida diariamente por tres médicos adjuntos (que rotan por la misma cada 2-4 meses por turno: Dr. Blanco, Dra. De la Cruz, Dr. Navajas, Dra. García Vela, Dra. Romero, Dr. Muñoz, Dra. Ruano, Dra. Lindo, Dra. Salmoral, Dra Abanades, Dr. Muñoz Gómez, Dr. Moralejo, Dra. Delgado, Dra. Serrano, Dr. Castro, Dr. San Roman, Dr. Vicente, Dra. Gigante) y un residente R4 supervisado o tres médicos adjuntos

Su labor habitual es:

- Valoración de los enfermos asignados.
- Reparto y valoración de los ingresos de cada día.
- Recogida de datos clínicos, analíticos y exploraciones.
- Pase de visita.
- Actualización de tratamientos.
- Comentarios clínicos y peticiones.

- Información a paciente y familiares.
- Realización de Informes y Altas.
- Repite estas labores con los enfermos periféricos o ectópicos.

Cuando el médico de planta tiene que pasar su consulta externa ambulatoria el día asignado para ello, es sustituido por otro médico del Servicio (procurando que sea siempre el mismo) o por un residente de Digestivo R3 o mayor (supervisado por los adjuntos de planta), cuya rotación de planta este asignada a dicho adjunto.

Existe un **Médico Adjunto de guardia de especialidad en Presencia Física y algunos días un residente de Digestivo** que atiende los problemas de los pacientes hospitalizados, realiza las endoscopias urgentes que se presentan y atiende los requerimientos del Servicio de Urgencias y los problemas digestivos urgentes de pacientes de otras especialidades. Los teléfonos del busca del Facultativo de guardia Digestivo son 26183 (primera llamada) y 26172 (segunda llamada). Los días que no hay residente de Digestivo, hay otro adjunto de refuerzo hasta las 22h.

El pase de visita los Sábados lo realizan entre los facultativos/residentes que entran/salen de guardia.

Los domingos y festivos se realiza una atención a los pacientes según sus necesidades asistenciales, por parte del facultativo de guardia que hará las modificaciones imprescindibles necesarias en los pacientes estables, atendiendo los ingresos del día y los problemas urgentes citados más arriba.

Los médicos de planta se encargan también de la **supervisión y docencia** de los MIR tanto de la especialidad de Digestivo como los de otras especialidades según los programas establecidos y aprobados por el Comité de Docencia y los respectivos Tutores.

Los **partes de interconsulta** solicitados por otras especialidades son atendidos por un adjunto/a dedicado a esa labor asistencial durante periodos de 1-3 meses.

Si el caso lo requiere el facultativo puede ordenar el traslado al Servicio de Digestivo o continúa diariamente la atención al paciente objeto de la interconsulta, hasta la resolución del problema o hasta el alta, realizando entonces un adendum a su informe, tratamiento y cita en consulta ambulatoria si fuera necesario.

B – HOSPITAL DE DÍA.

El Servicio, lleva a cabo el tratamiento o vigilancia de pacientes en régimen de hospital de día en la sala de Recuperación de la Unidad de endoscopias por motivos logísticos. Allí permanecen los pacientes a los que se ha practicado una exploración de riesgo que no precise ingreso.

El Hospital de Día, situado actualmente en la segunda planta (edificio G) del Hospital Universitario de Toledo, se utiliza también con pacientes a los que se administran determinados tratamientos como terapia parenteral con hierro, tratamiento con anti-TNF y vedolizumab, inmunoterapia para el tratamiento del hepatocarcinoma. Además se realizan las paracentesis terapéuticas evacuadoras en pacientes con cirrosis hepática.

C – ATENCION AMBULATORIA.

Para diagnóstico, tratamiento y control evolutivo de los pacientes con patología digestiva aguda o crónica en régimen ambulatorio. El origen de los pacientes es fundamentalmente Atención Primaria. También revisiones y control de pacientes hospitalizados previamente y los remitidos de otros Servicios.

La actividad de Consultas externas del Servicio de A. Digestivo se realizan en el Hospital Universitario de Toledo (5 salas), el CEDT S. Ildefonso adyacente al hospital en 2 salas de la 3ª planta del mismo y en los CEDTS de Illescas y Ocaña. Su distribución es como sigue:

1.- CONSULTAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO

CONSULTAS MONOGRÁFICAS de Hepatología y Gastroenterología donde se ve un número variable de pacientes, entre 15 y 30 que cita la propia consulta y se controlan mediante captura de actividad y son pacientes con patología específica controlados por el **Médico Adjunto especializado en dicha materia**. Se distribuye como sigue:

Consultas monográficas de Hepatología:

- Lunes: consulta 204: de 8:15 a 14:30h. Consulta de pacientes con infección crónica por VHC en tratamiento antiviral (Dr. S. Ruano).
- Martes: consulta 203: de 8:15 a 14:30h. Consulta de pacientes con cirrosis descompensada y en estudio o en lista pre-TH (Dr. Artaza)
- Miércoles: consulta 203: de 8:15 a 14:30h . Consulta de Hepatocarcinoma (Dra. Delgado).
- Jueves: consulta 203 de 8:15 a 14:30h. Consulta de pacientes con infección crónica por VHB (Dr. Gómez).
- Viernes: consulta 204 de 8.15 a 14.30h. Consulta de pacientes con infección crónica por VHC en tratamiento antiviral y pacientes con cirrosis descompensada (Dr. Artaza). Consulta 203 de 8:15 a 14:30h. Consulta de hepatocarcinoma (Dra. Romero)
- Lunes: consulta 203: de 8:15 a 14:30h. Consulta de Enfermedades hepáticas en estudio, no filiadas, metabólicas: EHGNA, Willson, Hemocromatosis; autoinmune, etílica, cirrosis compensada, LOES hepáticas benignas (Dra. G. Frutos).
- Miércoles: consulta 204: de 8: 15h a 14:30 h. Consulta de Enfermedades hepáticas en estudio no filiadas, hepatopatía etílica, EHG-metabólica, hepatopatía autoinmune y CBP, cirrosis compensadas (Dra. Lomas).
- Jueves: consulta 204 de 8:15 a 14:30h. Consulta de Enfermedades hepáticas en estudio, no filiadas, autoinmune, cirrosis biliar primaria, etílica, EHGNA, Hipertensión portal prehepática o post-hepática, cirrosis compensada, LOES hepáticas benignas. (Dra. De la Cruz).

Consultas monográficas de EII

- Lunes: consulta 202: de 8:15 a 14:30h. Consulta de EII (Dra. Abanades, Dr. Moralejo).
- Martes: consulta 204: de 8:15 a 14:30h. Consulta de Colitis ulcerosa (Dra. Muñoz Rosas). Consulta 202: de 8:15 a 15 h Consulta de EEI (Dra. Ruano).
- Miércoles: consulta 202: de 8:15 a 14.30h. Consulta de EEI (Dra. Salmoral).
- Jueves: consulta 202: de 8:15 a 14.30h. Consulta de Colitis ulcerosa (Dra. Muñoz Rosas).

Consultas monográficas de consulta de alto riesgo de cancer colorectal

- Martes: consulta 205: de 8:15h a 14:30 h. Consulta de pacientes con patología de colon, revisión screening CCR: seguimiento y tratamiento de pólipos de colon, screening de CCR, (Dr. Navajas, Dra. García Vela)

Consultas monográficas de consulta de esofago

- Miércoles: consulta 205: de 8: 15h a 14:30 h. Consulta de pacientes con patología esofágica: achalasia y otros trastornos motores esofágicos, esófago de Barret, ERGE severo, esofagitis eosinofílica... (Dra. Muñoz Rosas)

Consultas monográficas de patología de intestino delgado

- Viernes: Consulta 205: de 8.15 a 14:30 h. Consulta de pacientes con patología de intestino delgado: enfermedad celíaca, hemorragia digestiva visible y oculta de origen oscuro (Dr. Valle). Consulta 203 de 8: 15h a 14:30 h. Consulta de pacientes con patología esofágica: achalasia y otros trastornos motores esofágicos, esófago de Barret, ERGE severo, esofagitis eosinofílica... (Dra. Abanades, Dra. Ruano, Dra. Muñoz Rosas).

Consultas monográficas de Páncreas y Vía Biliar:

- Lunes: consulta 205 de 8:15 a 14:30h. Consulta de pacientes con patología pancreática y de la vía biliar: seguimiento post-pancreatitis aguda severa,

seguimiento y tratamiento de la pancreatitis crónica, estudio y seguimiento de LOES pancreáticas, seguimiento de estenosis vía biliar benignas, post-CPRE tras ingreso... (Dra. Lindo, Dr. Muñoz López).

- Jueves: consulta 205 de 8:15 a 14:30h. Consulta de pacientes con patología pancreática y de la vía biliar: seguimiento post-pancreatitis aguda severa, seguimiento y tratamiento de la pancreatitis crónica, estudio y seguimiento de LOES pancreáticas, seguimiento de estenosis vía biliar benignas, post-CPRE tras ingreso... (Dr. Repiso)

Por las características de los pacientes que se citan en ella se evita un número considerable de visitas al S. de Urgencias y muchos ingresos hospitalarios.

2. CEDT DE S. ILDEFONSO, TOLEDO

Consultas de PACIENTES PREFERENTES, PRIMERA VEZ Y RESULTADOS. Están gestionadas por el S de Admisión, desde los centros de Salud y desde la propia consulta. Se citan un total de unos 25 pacientes. Se distribuye como sigue:

- Lunes, martes, miércoles, jueves, viernes: consulta 117: de 9h a 14:30 h. Consulta de pacientes preferentes remitidos desde A. Primaria y resultados de primeras consultas (Varios facultativos).
- Lunes: consulta 118 de 9 a 14:30h. Consulta de pacientes preferentes remitidos desde urgencias y resultados de pacientes hospitalizados (R3 y R4, supervisado de forma indirecta por adjunto de la consulta 117).
- Viernes: consulta 117 y 118: de 9h a 14:30 h. Consulta de pacientes preferentes remitidos desde A. Primaria y resultados de primeras consultas (Varios facultativos.)

3.- CONSULTAS EN EL CEDT DE ILLESCAS

UNA consulta general en el CEDT de Illescas. Está gestionada por el S de Admisión en el Centro. Actualmente se citan 18 pacientes nuevos y 10-12 revisiones. Se pasan los miércoles y jueves.

4.- CONSULTAS EN EL CEDT DE OCAÑA

UNA consulta general en el CEDT de Ocaña. Está gestionada por el S de Admisión en el Centro. Actualmente se citan entre 10-12 pacientes nuevos y 10-12 revisiones. Se pasa los martes.

D – PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS.

Endoscopia Alta.

- Esofago-gastro-duodenoscopia.
 - Test Ureasa.
 - Biopsias.
 - Esclerosis lesiones sangrantes varicosas o no.
 - Tratamientos con A P C.
 - Electrocoagulación.
 - Polipectomías y mucossectomías.
 - Ligadura varicosa con bandas.
 - Tratamiento Achalasia (Dilataciones o Botox)
 - Dilataciones endoscópicas.
 - Colocación Clips.
 - Extracción cuerpo extraños.
- Colocación sondas naso-yeyunales.
- Gastrostomías endoscópico-percutáneas.
- Colocación de prótesis esófago y gastroduodenal autoexpandibles.

Rotan la mayoría de los adjuntos, realizándose una media diaria de unas 14-16 endoscopias altas (incluidas las ambulatorias citadas, pacientes ingresados y las urgentes que surjan en la mañana desde la planta de hospitalización o Urgencias) por la mañana y unas 18 por la tarde. distribuidas en 4 salas por la tarde y 5 salas por la mañana.

Endoscopia Baja.

- Colonoscopia.
- Ileoscopia.
- Biopsias.
- Dilatación de estenosis.
- Escleroterapia de lesiones sangrantes.
- Electrocoagulación.
- Tatuaje de lesiones para control posterior.
- Tratamientos con APC.
- Polipsectomías.
- Mucosectomías.
- Clips endoscópicos.
- Extracción de cuerpos extraños.
- Colocación sondas rectales.
- Tratamiento del vólvulo.
- Colocación de prótesis autoexpandibles.

Rotan la mayoría de los adjuntos, realizándose una media diaria de unas 29 colonoscopias por la mañana y 14 por la tarde (incluidas las ambulatorias citadas, paciente ingresados y las urgentes que surjan en la mañana desde la planta de hospitalización o Urgencias), distribuidas en 4 salas por la tarde y 5 salas por la mañana. Existe una sala en la que se hacen 4 Colonoscopia de Cribado de CCR con endoscopio de alta resolución por las mañana y 6 por las tardes.

Existe una agenda especial de pólipos complejos que son extirpados por el Dr. Navajas. Actualmente los Miércoles realizándose en promedio 4 colonoscopias.

La terapéutica endoscópica especializada (mucosectomías, polipsectomías complejas, colocación de endoprótesis...) son realizadas por facultativos formados en endoscopia avanzada: Dr. Navajas, Dr. Repiso, Dr. Blanco.

C. P. R. E./ ENDOSCOPIA AVANZADA.

- Diagnóstica.
- Terapéutica.
 - Esfinterotomía.
 - Dilataciones Vía biliar.
 - Extracción de cálculos.
- Drenajes endoscópicos.
- Prótesis plásticas, colocación y recambio.
- Prótesis metálicas definitivas autoexpandibles.
- Ampulectomías.
- Tratamiento del Zenker.
- Drenaje de colecciones.

Se realizan en una sala por la mañana, según programación, realizándose una media de 4-5 diarias los Martes y Jueves. Dr. Repiso, Dr. Blanco, Dr. Muñoz López

Ecoendoscopia.

- Diagnóstica
 - Diagnóstico de la patología biliopancreática.
- Diagnóstica de lesiones subepiteliales del tracto gastrointestinal
- Diagnóstico de tumores gastrointestinales, mediastino, pulmonares u otros que se pueda acceder vis transgástrica.
- Intervencionista.
 - Punción aspiración de lesiones.
 - Drenaje de lesiones quísticas.
 - Infiltraciones.

Se realizan en la sala de ecoendoscopias por las mañanas los lunes, miércoles y viernes, en una media al día de 6 exploraciones. Dr. Repiso, Dr. Muñoz López, Dra. Lindo Ricce

Ecografía abdominal.

- Diagnóstica.
 - Ecografía convencional.
 - Ecografía intestinal.
 - Biopsia hepática con control ecográfico.
 - Punción aspiración para estudio citológico de LOES
 - Microbiopsia de LOES hepáticas
 - Estudio Doppler en la HTP.
 - Estudio de LOES con Potenciadores- Sonovue®
 - Ecografía intestinal dirigida a paciente con EII. Dra. Salmoral y Dra. González Frutos.
- Terapéutica.
 - Drenaje colecciones abdominales.
 - Paracentesis dirigidas.
 - Inyección percutánea de etanol en CHC
 - Tratamiento con Radiofrecuencia de CHC.
 - Paracentesis programadas periódicas.

Se realizan en la sala de ecografías una media diaria de unas 20 ecografías digestivas (incluidas las ambulatorias citadas, las urgentes que surjan en la mañana desde la planta de hospitalización y las terapéuticas)

Dr. Gómez, Dra. González Frutos, Dr. Artaza, Dra. Delgado. Algunos días cubren el resto de adjuntos.

Por la tarde existe una agenda en la que se realizan aproximadamente 10 ecografías seguidas de gastroscopias y colonoscopias.

Pruebas Funcionales.

- PH-metría.
 - Diagnóstico del reflujo gastroesofágico.

- Estudios preoperatorios.
- Manometría de alta resolución.
 - Diagnóstico dolor torácico no filiado.
 - Diagnóstico de Achalasia.
- Estudio lesiones funcionales motoras.
- Estudios preoperatorios.

Se realizan en la sala de pruebas funcionales dos pHmetría diaria, además de la lectura de las phmetrías que estén pendientes, y 4 manometrías, los lunes y miércoles.

Dra. Muñoz Rosas, Dra. Ruano, Dra. Abanades, Dra. Gigante.

Cápsula Endoscópica.

- Estudio de la hemorragia digestiva media, HDOO
- Estudio de la Patología de I. Delgado (Inflamatoria, tumoral o vascular).
- Se realiza la lectura de las cápsulo-endoscopias ambulatorias y urgentes una vez o dos a la semana.
- Dr. Navajas, Dra. García Vela, Dr. San Román

Fibroscan®: estudio de elastografía hepática

Se realiza una media de 12 FibroScan una vez a la semana (generalmente los viernes).

Dr. Sánchez Ruano.

PROCEDIMIENTOS NO DISPONIBLES.

Trasplante Hepático.

Hasta la puesta en marcha del mismo en nuestro Hospital, los pacientes se remiten a Centros de la Comunidad de Madrid. Generalmente se remiten al H. Gregorio Marañón, pero también y según la disponibilidad se realizan en el H. 12 de Octubre, Hospital Ramón y Cajal.

Una vez dados de alta los pacientes trasplantados se revisan y controlan conjuntamente con nuestro Servicio.

Hemodinámica hepática

El Servicio actualmente no realiza este procedimiento, que es realizado por radiología intervencionista.

Enteroscopia.

El Servicio no dispone de Enteroscopia.

La Enteroscopia cada vez más necesaria tanto con fines diagnósticos como terapéuticos, se solicita en los casos indicados a otros Centros Hospitalarios con los inconvenientes que ello supone

No obstante y en casos excepcionales se puede realizar de forma peroperatoria en quirófano con colonoscopia tras laparotomía.

Estudios Genéticos.

En los casos necesarios el estudio genético de los pacientes se realiza en el Servicio de Genética del C.N. de Parapléjicos de Toledo.

Otros.

En casos excepcionales cuando el procedimiento diagnóstico o terapéutico se realice en un Centro o Servicio no habitual se realiza a través del S. de Atención al Paciente con autorización de la Dirección Médica.

1.5.- ACTIVIDADES DOCENTES DEL PROPIO SERVICIO (SESIONES, SEMINARIOS, TALLERES, CURSOS, ETC) y DEL CENTRO (PLAN DE FORMACIÓN COMÚN TRANSVERSAL)

PLAN DE SESIONES para RESIDENTES DE PRIMER AÑO

Los residentes tienen un Plan Formativo Común Transversal disponible en la página web de la intranet del Complejo Hospitalario. En el mismo se enumeran los cursos obligatorios que los residentes de cada promoción deben de hacer (consultar Planes Formativos [AQUI](#))

Así mismo el programa anual de sesiones generales y específicas para residentes de primer año también se puede consultar en dicha página (donde además se encuentran los modelos para el registro de sesiones y las normativas de las mismas (enlace a Sesiones Generales. Normativas y Calendarios [AQUI](#)).

ORGANIZADAS POR LA COMISIÓN DE DOCENCIA.

- Todas las sesiones de los lunes y martes comenzarán a las 8:00 horas en el aula 3 del edificio de docencia o en el Salón de Actos según disponibilidad.
- Todas las sesiones generales de los miércoles comenzarán a las 8:00 horas en el salón de actos.
- Las sesiones de los viernes de MFyC se realizarán a las 8:30 horas en el Centro de Salud de Palomarejos.

En caso de repetición de tema prevalecerá la sesión programada por el servicio que lo haya comunicado antes.

SESIONES CLÍNICAS GENERALES HOSPITALARIAS

Atendiendo a lo aprobado por Comisión de Docencia el 1-3-2010 y tal y como se señala en la Normativa de Sesiones del Complejo Hospitalario de Toledo, los servicios con acreditación docente se encargarán (al menos una vez al año) de organizar una Sesión General Hospitalaria. Para ello, y con el objetivo de que los residentes a lo largo de su periodo de formación presenten al menos una Sesión General Hospitalaria, se incluirán a los residentes entre los ponentes de las mismas.

Estas Sesiones Generales Hospitalarias de los miércoles a las 8:00 horas tratarán fundamentalmente de aspectos clínicos (casos o revisiones, registros o estudios de los propios servicios). El resto de sesiones informativas, especiales, con ponentes externos invitados, etc. se propone que se realicen a las 14:00 horas o en otro momento, dado que estas Sesiones Generales Clínicas deben formar parte del programa Formativo Común de todos los especialistas en formación del Complejo Hospitalario de Toledo y, por lo tanto, *la asistencia a ellas es de carácter obligatorio para todos los residentes.*

EL CALENDARIO DE SESIONES CLÍNICAS GENERALES 2023 se encuentra publicado y puede consultarse en el link de la parte superior de este documento.

SESIONES ESPECÍFICAS DEL SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO

SESIONES CLÍNICAS:

- **Sesiones CLÍNICAS del Servicio de Aparato Digestivo:** todos los martes a las 8:00 horas en la sala de Reuniones de la Cuarta planta F2. Asistencia de todos los facultativos y residentes del Servicio. Los residentes de primer año realizarán dos sesiones. En el resto de los años de residencia darán tres o cuatro sesiones al año. El calendario de sesiones se publica semestralmente y se envía por correo interno a todo el servicio. Se debe cumplimentar la hoja de registro de sesiones de la forma habitual.
- **Sesiones bibliográficas/lectura crítica de residentes de Aparato Digestivo:** una vez al mes en horario de mañana o tarde, en turno rotatorio entre los residentes a partir del segundo año.

OTRAS SESIONES CLÍNICAS:

- **Sesiones de casos clínicos del Servicio de Aparato Digestivo:** todos los viernes a las 8:00 horas en la sala de Reuniones de la planta. Asistencia de todos los facultativos y residentes del Servicio. Exposición de los casos de pacientes hospitalizados en el Servicio de Digestivo más complejos o graves. Los residentes de Digestivo o rotantes de otras especialidades que estén en planta (a partir de R2), llevarán a cabo la exposición de los casos de pacientes hospitalizados que correspondan.
- **Sesiones de hepatología:** Se realizan los Miércoles a las 8:00h y se exponen casos de difícil manejo siendo útiles para tomar decisiones de cara a derivar a pacientes a Trasplante, tratamiento de CHC...
- **Sesiones de EII:** Se realizan los Miércoles a las 14:45h y se exponen casos de difícil manejo siendo útiles para tomar decisiones terapéuticas.

Los residentes tienen un Plan Formativo Común Transversal disponible en la página web de la intranet del Complejo Hospitalario. En el mismo se enumeran los cursos obligatorios que los residentes de cada promoción deben de hacer (consultar Planes Formativos [AQUI](#))

Así mismo el programa anual de sesiones generales y específicas para residentes de primer año también se puede consultar en dicha página (donde además se encuentran los modelos para el registro de sesiones y las normativas de las mismas (enlace a Sesiones Generales. Normativas y Calendarios [AQUI](#)).

1.6.- ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN (BECAS, PROYECTOS, LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN ACTIVAS EN EL SERVICIO, ETC)

Existen varios proyectos de investigación activos en el servicio actualmente en los campos de la hepatología y la gastroenterología. Se informará de los mismos a los residentes en función de sus requerimientos. Cuando se realice un nuevo proyecto de investigación, se expondrá ante el servicio en las sesiones de los Martes.

1.7.- DOCUMENTACIÓN Y PROTOCOLOS DISPONIBLES EN EL SERVICIO (GUÍAS, REVISIONES, PROTOCOLOS INTERNOS, ETC).

En la carpeta Digestivo (acceso interno a través de ordenadores de intranet) existen varias guías clínicas y protocolos de patología general.

- Manejo Endoscópico de Cuerpo extraños y Cáusticos.
- Estudio del enfermo con dispepsia y dolor abdominal.
- Manejo Inicial del Paciente con Cambio en el ritmo intestinal.
- Rectorragia: estudio inicial por parte de Digestivo y Primaria. Manejo de la HDB.
- Anemia-Ferropenia: valoración en Primaria y Especializada.
- Hemorragia digestiva alta Varicosa.
- Hemorragia digestiva alta no varicosa.
- Lesiones Gástricas Premalignas y Malignas.
- Indicaciones de la ecoendoscopia
- Diagnóstico de enfermedad celiaca.
- Estrategia diagnóstica y seguimiento de una LOE hepática

- Valoración y manejo de efectos secundarios de los nuevos antivirales en la hepatitis C.
- Elevación de FA, GGT y estudio de colestasis
- El paciente con EIIC en Urgencias.
- Manejo de Hepatocarcinoma
- Colitis isquémica.
- Indicaciones y contraindicaciones del Trasplante Hepático.
- Actualizaciones en Helicobacter Pilory.
- GAVE versus gastropatía de la HTP: diagnóstico y tratamiento.
- Profilaxis antibiótica, anticoagulación y antiagregación en endoscopia.
- Hemocromatosis.
- Enfermedad Hepática grasa no alcohólica
- Manejo diagnóstico y terapéutico del reflujo gastroesofágico
- Seguimiento y tratamiento de pólipos de colon.
- Valoración de paciente con ascitis.
- Esófago de Barrett.
- Insuficiencia hepática aguda grave.
- Diagnóstico, manejo y seguimiento de la hipertensión portal.
- Corrección de trastornos de la coagulación previa a procedimientos invasivos en pacientes con cirrosis hepática.
- Protocolo TIPS. Indicaciones, contraindicaciones.

1.8.- BIBLIOTECA Y ACCESOS (ELECTRÓNICOS) A LAS REVISTAS Y TRATADOS DE LA ESPECIALIDAD

A través de la e-biblioteca del SESCAM se puede acceder a las siguientes revistas, por grado de Factor de Impacto:

- Gastroenterology
- Hepatology
- Gastrointestinal Endoscopy
- American Journal of Gastroenterology
- Gut
- Digestive Disease and Science
- Revista Española de Enfermedades Digestivas.

- Journal of Digestive Diseases
- Journal of Hepatology
- Journal of Gastroenterology
- Journal of Gastroenterology and Hepatology
- Journal of Gastroenterology and liver diseases
- Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic sciences
- Gastroenterology and Hepatology
- Clinical Gastroenterology and Hepatology
- Endoscopy
- Journal of Gastrointestinal and Liver diseases
- World Journal of Gastroenterology
- World Journal of Gastrointestinal Endoscopy
- Alimentary pharmacology and therapeutics
- Liver diseases
- Clinics in Liver Disease
- Inflammatory bowel diseases
- Digestive and Liver Disease
- Gastroenterología y Hepatología
- Gastroenterology Clinics of North America
- Gastroenterology Research
- Seminars in Liver Diseases
- Journal of Clinical Gastroenterology
- Bailliere's best practice & research. Clinical gastroenterology
- Liver International
- Liver transplantation

En formato físico existe una pequeña biblioteca con los libros más relevantes de la especialidad en nuestro despacho médico/ sala de reuniones situado de la cuarta planta de hospitalización.

A nivel general hospitalario existe la posibilidad de utilizar la Biblioteca del CHT donde se puede acceder a las revistas anteriormente citadas, existen ejemplares en formato físico y se pueden obtener y consultar gran cantidad de libros de la

especialidad teniendo la ayuda de al menos una persona responsable de la Biblioteca que nos ayudará con las dudas que podamos tener con respecto a la petición de literatura científica.

1.9.- UNIDADES DE APOYO EXISTENTES (INVESTIGACIÓN, FORMACIÓN, GRUPO DE AYUDA AL RESIDENTE INVESTIGADOR, BIOÉTICA, CALIDAD).

El Hospital cuenta con los siguientes recursos para la ayuda al Residente investigador:

- Comisión de Docencia.
- Comisión de Investigación.
- Unidad de Investigación.
- Comisión de Formación Continuada.
- Grupo de trabajo de apoyo al residente investigador novel.

1.10.- REUNIONES DE TUTORIZACIÓN. FIGURA Y FUNCIONES DEL TUTOR

Las principales funciones del tutor son las de planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación, favoreciendo el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente.

A lo largo del año se realizarán reuniones trimestrales para comprobar el cumplimiento de objetivos, reforzar aquellas áreas que lo precisen y repasar el esquema de rotaciones, así como de sesiones, asistencia a congresos, realización de trabajos de investigación...

Si individualizará, si a parte de estas reuniones periódicas, en algún caso se precisara alguna reunión adicional.

Funciones del tutor de residentes del servicio de Digestivo:

Encargados de supervisar y organizar la actividad docente y asistencial también en las guardias en colaboración con los facultativos de la especialidad que trabajan en atención continuada. El tutor tiene la misión de planificar, gestionar, supervisar, evaluar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente en formación, a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo. Sus funciones serán las siguientes:

1. Supervisión directa y/o indirecta del residente en formación que irá variando de modo decreciente a lo largo del periodo formativo (de presencia física y constante para el residente de primer año y en menor medida y decreciente en función del año de residencia), aumentando así la responsabilidad que el médico en formación irá asumiendo de forma progresiva. La actuación del tutor no implica el seguimiento físico de todos los actos, sino básicamente atender a sus consultas, conocer la actividad asistencial del residente y permanecer a disposición del mismo de forma constante.

2. Organización y gestión de las actividades correspondientes a la formación para especialistas, el control del cumplimiento de los objetivos que conforman sus programas y supervisión de la aplicación práctica de la formación y programación anual. Dichas actividades incluyen las guardias de los residentes a lo largo de su periodo formativo.

3. Propuestas de planes individuales para cada especialista con la supervisión de los mismos.

4. Realizar las evaluaciones establecidas.

1.11.- PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE

El protocolo de supervisión del residente es un documento que se revisa periódicamente en el que se incluyen los objetivos y los niveles de responsabilidad de los residentes, así como aspectos organizativos y funciones tanto de las diferentes rotaciones como de las guardias según cada año de residencia.

Para acceder a este documento consulte el enlace correspondiente en la web de docencia.

1.12.- MÉTODOS DE EVALUACIÓN DEL RESIDENTE. MEMORIA DOCENTE.

Para la calificación anual se tendrán en cuenta las diferentes evaluaciones del residente por el paso por sus rotaciones.

Así mismo a final de curso el residente debe confeccionar y enviar a docencia su Memoria Docente Anual con el documento oficial que pueden obtener en la página de Docencia.

Los documentos para la realización de las calificaciones de las rotaciones y la memoria anual se encuentran alojados en la página de la comisión de docencia en la intranet. **(Intranet > Departamentales > Comisión de Docencia > Subcomisión de Medicina > Evaluaciones y memorias anuales)**

2.- OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DE CADA AÑO DE RESIDENCIA

NIVELES DE RESPONSABILIDAD PARA LAS HABILIDADES DEL RESIDENTE DE DIGESTIVO

El Médico Interno Residente (MIR) representa a un colectivo esencial dentro del mundo de la Medicina. Es fundamental definir las funciones y grado de responsabilidad del MIR dentro del hospital, así como sus obligaciones y derechos desde el punto de vista jurídico. Entendemos por MIR aquel que, para obtener su título de médico especialista, permanece en Centros y Unidades Docentes acreditados un periodo limitado en el tiempo, llevando a cabo una práctica docente y profesional asistencial de forma supervisada, a fin de alcanzar de forma progresiva los conocimientos y la responsabilidad profesional necesarias para ejercer la especialidad de modo eficiente. El MIR ejerce durante su periodo de residencia una doble función, formándose como futuro especialista y a la vez, desempeñando una labor asistencial esencial para el sistema nacional de salud. Para ello, comenzará su especialidad como residente de 1º año y completará sucesivamente el programa de formación, siempre que haya superado satisfactoriamente la evaluación continuada que corresponda. En la definición legal del MIR se destacan sus dos notas características esenciales: "la práctica profesional programada y supervisada" y la adquisición progresiva de "conocimientos y responsabilidad". Este reforzamiento del carácter profesional de su relación, se traduce en un *incremento de su responsabilidad que lleva acarreada una disminución de la intervención tutorial*. Así, la responsabilidad de un MIR de último año será casi equiparable a la de un médico especialista. El residente en ningún caso puede considerarse un estudiante, ya que es un médico, siendo su derecho recibir docencia y supervisión pero su deber, prestar una labor asistencial. Aunque siempre que exista cualquier tipo de duda en el manejo de un paciente deberá pedir ayuda, sea la hora que sea.

Los MIR en formación serán evaluados por la Comisión de Docencia del Centro al término de cada año o durante el mismo. Se valorará el haber cumplido el programa previamente establecido así como los informes que den los tutores o los jefes de sección de los servicios o secciones por donde hayan rotado. Los derechos y obligaciones del residente están regulados, fundamentalmente, por el Real Decreto 1146/2006 (BOE 7

octubre 2006), la Orden del Ministerio de Relaciones con las Cortes y Secretaría del Gobierno de 27 de Junio de 1989 (BOE 29-Junio-89), la Orden del Ministerio de la Presidencia de 22 de Julio de 1995 (BOE 30-Junio-95), el Real Decreto 183/2008 (BOE 21 Febrero 2008), el Contrato de Trabajo en Prácticas que suscribe al incorporarse a su plaza en el Hospital y por la Guía de Formación Médica Especializada. De ellos se deducen los siguientes principios generales:

- La doble vertiente docente y laboral de su vinculación con el Hospital.
- El derecho y la obligación de conocer y desarrollar correctamente su programa de formación, ampliando de forma progresiva su nivel de responsabilidad. Para ello contará con la tutela, orientación y supervisión de su labor asistencial y docente en el grado adecuado a cada situación.
- Posibilidad de acudir a congresos, cursos y conferencias que puedan contribuir a su mejor capacitación.
- La dedicación exclusiva y a tiempo completo de su actividad médica a la Institución.
- El derecho a la expedición de certificados en que conste la formación recibida.
- Gozar de los beneficios de la Seguridad Social.
- La aceptación de los mecanismos de evaluación que establezca la Comisión de Docencia y la Comisión Nacional de su Especialidad y a que ésta se realice con la máxima objetividad. Así como también la oportunidad de evaluar la función docente con garantía de confidencialidad de dicha información.
- La obligación de desarrollar labores asistenciales que le sean encomendadas por el jefe del servicio al que esté adscrito y, en su caso, por la Comisión de Docencia, conociendo en todo momento, qué profesionales están presentes y consultarles y pedir su apoyo cuando lo considere necesario.

Las funciones del residente en formación variarán según vaya adquiriendo conocimientos, experiencia y responsabilidad a lo largo de los años. Desde hace años se considera y divide desde el punto de vista organizativo, asistencial y docente a los residentes como:

- R1 o residentes de primer año.
- R2 o residentes de segundo año.
- R3 y 4 o “residentes mayores” a los residentes de 3º y 4º año.

Para graduar los niveles de responsabilidad empleados en la mayoría de protocolos de supervisión consideraremos:

- **Nivel 1 de responsabilidad (responsabilidad máxima con supervisión a demanda):** actuaciones o actividades realizadas directamente por el residente sin tutorización directa o permanente por el facultativo (aunque puede solicitar supervisión cuando lo estime oportuno o exista alguna duda o situación especial).
- **Nivel 2 de responsabilidad (responsabilidad media con supervisión directa):** actividades realizadas por el residente bajo supervisión del facultativo. El residente tiene suficiente conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente.
- **Nivel 3 de responsabilidad (responsabilidad mínima):** actividades realizadas por el facultativo que serán asistidas/observadas en su ejecución por el residente. El residente sólo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones pero ninguna experiencia.

Nota: el paso de un nivel 3 a 2 o de un nivel 2 a 1 será progresivo y dependerá no sólo del año de residencia, también de lo indicado por el tutor y la posible experiencia previa del residente en dichas actividades o formación específica.

DESCRIPCIÓN DE LAS TAREAS Y HABILIDADES DEL RESIDENTE DE DIGESTIVO TENIENDO EN CUENTA LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD MENCIONADOS

R1 O RESIDENTES DE PRIMER AÑO:

En el primer año y durante su rotación en Medicina Interna, y si le corresponde (en caso de dos residentes por año) en su plan de rotación en planta de Digestivo, el médico residente de Digestivo deberá estar capacitado para elaborar un diagnóstico clínico que oriente de forma correcta la solicitud de exploraciones complementarias. Por ello deberá tener las siguientes habilidades:

- Obtener una correcta anamnesis y realizar una exploración física completa. Nivel 1.
- Interpretar la semiología clínica, radiológica de laboratorio y de ECG. Nivel 2.
- Identificar los problemas, tomar decisiones sobre el diagnóstico y plantear razonadamente la solicitud de exploraciones especiales. Nivel 2.
- Tratamiento informático adecuado de todos los datos básicos. Nivel 2.
- Elaboración de un informe de alta. Nivel 2.
- Mantener una adecuada y correcta relación con el paciente y sus familiares. Nivel 2.
- Conocer y practicar adecuadamente las técnicas de resucitación cardiopulmonar básica y avanzada. Nivel 1.

Durante su rotación en Atención Primaria, los residentes deberán conocer las patologías más prevalentes atendidas, así como familiarizarse con las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de cada una de ellas, y valorar la optimización de recursos en este entorno. De igual forma que en la rotación previa, aprenderán a realizar una adecuada historia clínica y realizar una exploración física completa, y mantener una correcta relación con los pacientes y los familiares (nivel de responsabilidad 3).

Durante su rotación en Nefrología, los residentes deberán identificar la patología nefrológica más frecuente en el medio hospitalario, conocer el manejo y tratamiento de la insuficiencia renal aguda y crónica, identificar y tratar el deterioro de la función renal en el paciente hospitalizado, con especial atención al paciente con hepatopatía. Aprender la utilidad de la leucoacitoaféresis, aprender las indicaciones de diálisis así como el manejo de los pacientes sometidos.

Su rotación en Radiología, se basará fundamentalmente en aprender la correcta interpretación de las radiografía simples de tórax y abdomen así como TAC abdominal lo cual resultará fundamental para su futura labor asistencial (nivel de responsabilidad 3).

En este primer año, iniciarán el entrenamiento en endoscopia digestiva, 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 (niveles 3 y 2).

Rotación en consulta externa general extra-hospitalaria durante un mes, con nivel de responsabilidad 3. En el punto 3.2 se explica de forma detallada el esquema de rotación en consulta. Como objetivos debe:

- Aprender como estudiar y diagnosticar a los pacientes con problemas digestivos en el ambulatorio o en la consulta extrahospitalaria.
- Comprender con profundidad la historia natural de las enfermedades digestivas.
- Obtener experiencia en el cuidado continuado de los pacientes con problemas crónicos.

Los residentes de Digestivo de primer año realizan todas sus guardias en Urgencias, durante 10-11 meses en Urgencias de Medicina Interna, y durante uno-dos meses en Urgencias de Cirugía (estas ultimas opcionales).

En cuanto a la incorporación de los nuevos residentes de primer año a las guardias de urgencias, cabe destacar que desde hace años la incorporación de los nuevos residentes de primer año a las guardias de urgencias se lleva a cabo tras la realización de un curso de urgencias que debe ser aprobado, un curso de soporte vital básico con DEA y la realización de 3-5 guardias de “mochila” donde la función de los residentes es docente exclusivamente para poder familiarizarse con el servicio de urgencias, circuitos, manejo de la historia electrónica, peticiones de pruebas complementarias, interconsultas, etc., de forma que acompañan a un residente de guardia sin tener pacientes asignados propios para aprender previamente a su incorporación en julio

como residentes a las guardias, todo el manejo, estructura, trámites administrativos y dinámica del servicio de urgencias. (Nivel 3)

Realizarán su labor asistencial y docente bajo la supervisión directa y de presencia del facultativo especialista de urgencias al que consultarán y con el que acordarán sus actuaciones y decisiones, teniendo, entre otras funciones generales o particulares, como principales las señaladas a continuación:

- Realizará una correcta historia clínica y completa exploración del paciente haciendo una valoración inicial de la situación global del mismo. La realización de la primera valoración, exploración y cumplimentación de la historia clínica se realizará según el capítulo 1 del manual de protocolos y actuación en urgencias que poseen todos los residentes y facultativos (además disponibles en la intranet e internet). Además, desde la implementación de la historia clínica informática en el servicio de urgencias, todos los residentes deberán elaborar la historia en este formato. (Nivel 2)
 - Emitirá un juicio clínico de presunción y establecerá un diagnóstico diferencial sindrómico del proceso urgente, que trasladará y discutirá con el facultativo responsable. (Nivel 2)
 - En sus primeras guardias, como norma, no deberán solicitar pruebas complementarias ni indicar un tratamiento sin consultar al facultativo responsable de su supervisión, con quien acordará dichas decisiones. (Nivel 2)
- Posteriormente y progresivamente irá adquiriendo la capacidad de solicitar las pruebas complementarias habituales: Radiología de tórax y abdomen, ECG, analítica básica que incluye hemograma, coagulación, bioquímica y gasometría (Nivel 2 pasando a nivel 1 al final del año)

Pero debiendo consultar durante su primer año de residencia la solicitud de otras pruebas más específicas: Ecografía, TAC, RMN, pruebas rápidas a microbiología, determinaciones especiales del laboratorio de urgencias (así codificadas en la petición), solicitud de interconsulta a especialistas de otras especialidades y servicios de guardia, ecocardiograma, endoscopia, cateterismo cardiaco, radiología intervencionista (Nivel 2)

Al finalizar el 1º año de residencia deberán demostrar ser capaces de realizar estas actividades sin necesidad de consultar, y ser capaces de valorar los

beneficios y riesgos antes de realizar cualquier procedimiento diagnóstico y terapéutico, de forma que deberán superar la evaluación del servicio de urgencias para certificar su paso a la categoría de residente de 2º año y así asumir las funciones y competencias asignadas a los R2. (Nivel 2 pasando a nivel 1 al final del año)

- Será responsable de informar al enfermo y a los familiares a su llegada al servicio de urgencias, siendo acompañado por el facultativo responsable en sus primeras guardias y siempre que la situación o las circunstancias de los pacientes lo requieran. Informar al paciente y sus familiares es esencial, siempre respetando la ley de autonomía del paciente (ver anexo II: consideraciones y aspectos médico-legales importantes en urgencias para el residente), transmitiéndoles una primera impresión y comentando brevemente lo que se va a hacer y un tiempo aproximado de la estancia del enfermo en Urgencias. Después, también en el momento de proceder a dar el alta o realizar el ingreso (que siempre se decidirán bajo la supervisión del facultativo responsable de urgencias). En ocasiones (solicitud de consentimientos, situaciones delicadas o críticas, dudas, etc) la información deberá realizarse con más frecuencia. (Nivel 2 pasando a nivel 1 al final del año).
- Rellenará los protocolos existentes en Urgencias, los documentos de consentimiento informado de las pruebas que lo requieran, cumplimentará los partes judiciales y la documentación que sea necesaria (todo ello con el asesoramiento del facultativo hasta que sepa hacerlo correctamente). (Nivel 2 pasando a nivel 1 al final del año)
- Durante el primer año el residente debe capacitarse para la realización de técnicas y habilidades básicas de urgencias que se practican en algunos pacientes, como realización de fondo de ojo, artrocentesis, paracentesis, toracocentesis, punción lumbar, accesos venosos periféricos y centrales, gasometría, interpretación del ECG, de la radiología simple, de la analítica básica. (Nivel 3 pasando a nivel 2 al final del año).

- Informar a los compañeros que entren en el turno siguiente de la situación clínica de los pacientes que estén a su cargo en ese momento y los que dependían de él y continúen en observación ("Pase de Guardia"). (Nivel 2 pasando a nivel 1 al final del año).
- De forma obligatoria y de acuerdo con la comisión de docencia asistirá a las sesiones establecidas a primera hora de la mañana, según el calendario mensual de docencia, que se realizan por los tutores del servicio de urgencias y otros servicios en relación con temas y casos clínicos o revisiones de patología urgente. (Nivel 1).

Resumen: En general, realizarán funciones asistenciales de los pacientes que acudan al SU en la zona de "boxes de lentos": anamnesis, exploración física, solicitarán las pruebas complementarias necesarias para el diagnóstico y realizarán el tratamiento inicial necesario para el paciente siempre de acuerdo y con supervisión directa de presencia física con su adjunto asignado, del que dependerá para todo.

Recomendamos que la supervisión de presencia física por parte de los facultativos de urgencias sea para un máximo de dos-tres R1 o médicos de primer año por cada facultativo durante las guardias. Los documentos de alta, ingreso o destino del paciente a observación deberán ir firmados por el facultativo supervisor y el médico en formación (con firmas legibles y nº de colegiado).

R2 O RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO:

Durante su período de rotación por la sala de hospitalización de Digestivo ha de tener la responsabilidad directa sobre, al menos, 150 pacientes hospitalizados que padezcan enfermedades digestivas diversas, por lo que debe formarse en:

- 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 gastro-esofágico...
- 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.

- 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.
- 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.
- 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).
- Adquisición de habilidades para el manejo del paciente con ascitis y desarrollar habilidades técnicas para la realización de paracentesis diagnóstica y terapéuticas.

Iniciar el entrenamiento en ecografía digestiva, debiendo capacitarse, con responsabilidad progresiva, en la realización de la ecografía digestiva diagnóstica (niveles 3 y 2), llegando a comprender las indicaciones y las limitaciones de la técnica, así como realizar ecografía con contraste SonoVue® y biopsias hepáticas, e iniciarse en la realización de PAAF de LOES hepáticas y tratamiento percutáneo del hepatocarcinoma (etanolización y radiofrecuencia).

Llevará a cabo partes de interconsulta realizados al Servicio de Digestivo por otros servicios o especialidades del hospital, realizando una correcta y completa historia clínica y exploración del paciente haciendo una valoración inicial de la situación global del mismo. Hará una historia clínica informatizada según los modelos del servicio y emitirá un juicio clínico de presunción y establecerá un diagnóstico diferencial sindrómico, estando capacitado para solicitar las exploraciones complementarias necesarias para el diagnóstico y tratamiento correcto del paciente (Nivel 2 inicialmente que pasará a Nivel 1).

En la rotación en la Unidad de Cuidados Intensivos, el residente deberá adquirir conocimientos generales del manejo de estos pacientes, y los criterios de inclusión/exclusión en esta Unidad, intentando priorizar la adquisición de conocimientos en este campo dentro de la patología digestiva. Estos conocimientos de ampliarán mediante la realización de guardias en este servicio durante los dos meses de rotación por el mismo (nivel 2 y 3).

A partir de este año, las guardias se realizarán en el servicio de Digestivo, excepto los dos meses de rotación en UCI, periodo en el que se realizarán en este servicio.

Las guardias de especialidad de digestivo son de presencia física, con un adjunto supervisor que también se encuentra de presencia física, donde se valorarán los pacientes en urgencias y en planta de digestivo que así lo requieran, y se realizarán las endoscopias urgentes precisas.

Los residentes estarán supervisados por el facultativo de guardia, visando todos los documentos, y de forma progresiva con mayor autonomía en función de las competencias adquiridas. Tienen, en todo momento, un facultativo de presencia física, al que pueden recurrir y consultar todo lo que consideren necesario y que será el responsable de su supervisión durante la guardia. El grado de “autonomía” del médico en formación de segundo año será progresivo, de forma que al final de este año tendrá capacidad para decidir sobre el destino del paciente y sobre la necesidad de valoración del enfermo por otro especialista, así como consensuar decisiones con el facultativo de guardia en cuanto a su tratamiento.

De esta forma el R2 tendrá como funciones, entre otras que se puedan asignar:

- Realizará una correcta y completa historia clínica y exploración del paciente haciendo una valoración inicial de la situación global del mismo. Hará una historia clínica informatizada según los modelos del servicio (Nivel 2 inicialmente que pasará a Nivel 1). Se le acompaña en las primeras guardias y después se deja que haga la primera valoración del paciente que se supervisa y de forma progresiva lo irá haciendo de forma autónoma consultando después.
- Emitirá un juicio clínico de presunción y establecerá un diagnóstico diferencial sindrómico del proceso urgente que trasladará y discutirá con el facultativo

responsable (Nivel 2 inicialmente que pasará a Nivel 1). Establecerá un diagnóstico final y podrá ser capaz (en la mayoría de los pacientes) de decidir el destino y tratamiento final del paciente pero tendrá que consultarlo con el facultativo (Nivel 2). - Estará capacitado para solicitar las exploraciones complementarias habituales: radiografía de tórax y abdomen, ECG, analítica básica que incluye hemograma, coagulación, bioquímica y gasometría (Nivel 1). De forma progresiva asumirá la interpretación de dichas pruebas para poder hacer una valoración global del paciente y así definir más completamente el diagnóstico, tratamiento y destino del paciente (Nivel 2 que pasará a nivel 1 al final del año).

Se capacitará en la solicitud de otras pruebas más específicas: ecografía, TAC, RMN, pruebas rápidas a microbiología, determinaciones especiales del laboratorio de urgencias, solicitud de interconsulta a especialistas de otras especialidades y servicios de guardia, endoscopia y radiología intervencionista (Nivel 2 que pasará a nivel 1 al final del año).

Al finalizar el 2º año de residencia deberán demostrar ser capaces de realizar estas actividades sin necesidad de consultar y valorar los beneficios y riesgos antes de realizar cualquier procedimiento diagnóstico y terapéutico.

- Atenderá las llamadas de la planta de Digestivo cuando sea requerido por el personal de enfermería para solucionar problemas clínicos en relación con enfermos hospitalizados (nivel 2 que pasará a nivel 1 al final del año).
- Atenderá cuando sea requerido por otro especialista del hospital a cualquier paciente del hospital que requiera valoración digestiva (nivel 2 que pasará a nivel 1 a final del año)
- Será responsable de informar al enfermo y a los familiares a lo largo del proceso asistencial, al principio siempre acompañado del facultativo (Nivel 3 que pasará a Nivel 2 y a Nivel 1 al final del año).
- Rellenará los documentos de consentimiento informado de las pruebas o tratamientos que lo requieran y la documentación que sea necesaria (Nivel 2 que pasará a Nivel 1).

- Durante este primer año de guardias de Digestivo el residente debe capacitarse para la realización de endoscopia alta o baja urgente, según su plan rotacional por dichas técnicas (Nivel 3 que pasará a Nivel 2 a final del año).
- Realización de paracentesis diagnóstica o terapéuticas (Nivel 2 que pasará a nivel 1)
- 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).
- Informar a los compañeros a la mañana siguiente de la situación clínica de los pacientes que ha valorado y tratado durante su guardia (Nivel 1).

Hay una serie de situaciones y procedimientos en los que el residente deberá consultar siempre con el facultativo responsable:

- Pacientes que requieran realización de endoscopia alta o baja urgentes
- Pacientes con indicación de realización de arteriografía visceral digestiva, y drenaje biliar externo urgentes.
- Pacientes con fallo hepático agudo.
- Pacientes en situación hemodinámica inestable (shock hemodinámico o séptico) que requieran de resucitación hemodinámica agresiva o drogas vaso-activas.
- Parada cardíaca o respiratoria y situaciones de reanimación cardiopulmonar.
- Exitus.

R3 Y R4 O RESIDENTES MAYORES

En estos dos años los residentes deberán completar el entrenamiento en endoscopia digestivas, debiendo capacitarse en las técnicas instrumentales endoscópicas terapéuticas avanzadas, como ligadura endoscópica con bandas de varices esofágicas, técnicas hemostáticas, dilatación neumática de estenosis esofágicas y

colónicas, colocación de endoprótesis esofágicas y colónicas, realización de polipsectomías asistidas, tratamiento con argón plasma de lesiones vasculares, y mucosectomías, con responsabilidad progresiva, llegando a comprender las indicaciones, contraindicaciones, limitaciones y complicaciones de estas técnicas, (niveles 2).

Debe iniciarse en el conocimiento de *técnicas endoscópicas como la CPRE, Eco-endoscopia, Enteroscopia y cápsula endoscópica*: sus indicaciones, contraindicaciones, complicaciones, con conocimiento técnico básico (nivel 2)

Realizará *elastografía hepática (FibroScan®)*: conocimiento de la técnica e indicaciones de la (nivel 2).

En la rotación en *Exploración funcional digestiva*: el residente debe alcanzar a comprender con detalle la fisiología digestiva y supervisar, realizar e interpretar pH-metrías esofágicas y las manometrías esofágicas (nivel 2).

Durante la rotación en *Sala de hospitalización de Digestivo* como objetivos el residente debe:

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 como las indicaciones y el cuidado del trasplante 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, la quimioterapia del cáncer digestivo (nivel 2).

Llevará a cabo *partes de interconsulta realizados al Servicio de Digestivo* con los puntos referidos anteriormente para el residente de segundo año, con nivel de responsabilidad 1.

Rotación en consulta externa monográfica extra-hospitalaria: En el tercer o cuarto año de formación el residente rotará dos meses en consultas monográficas de las distintas áreas de la especialidad y ha de tener responsabilidad directa (nivel 1) sobre enfermos ambulatorios (recomendándose una periodicidad semanal) y con los siguientes objetivos:

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

Desde hace tres años los residentes de la especialidad tienen su “propia” consulta que se pasa por un R3 o un R4 todos los Lunes en el CEDT de “San Ildefonso”. En dicha consulta se atiende principalmente a pacientes valorados previamente en Urgencias para atención temprana y alta resolución, altas de planta con revisiones precoces o casos de especial interés formativo para los residentes “mayores”. Siempre hay un adjunto “puerta con puerta” para

consultar potenciales dudas sobre el manejo de los enfermos y responsable en última instancia.

En la rotación en las Unidades Especiales de Hospitalización (Unidad de Sangrantes y Unidad de Trasplante hepático) los objetivos se señalan a continuación:

- Adquirir experiencia en la supervisión y tratamiento de los pacientes críticos médicos y quirúrgicos (nivel 2).
- Comprender el papel de cada uno de los miembros de un equipo multidisciplinario e interactuar adecuadamente con ellos para optimizar el cuidado del paciente (nivel 1).
- Incrementar sus conocimientos y experiencia en el cuidado de los pacientes críticos y en el manejo de los problemas que más frecuentemente afectan a varios órganos (nivel 2).
- Conseguir experiencia en el tratamiento de los pacientes postoperados, incluido el soporte nutricional artificial y el manejo del dolor postoperatorio (nivel 2).
- Desarrollar conocimientos profundos en el tratamiento de los pacientes con una insuficiencia hepática, particularmente en el fallo hepático agudo (nivel 2).
- Lograr experiencia en el 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. (nivel 1).
- Desarrollar conocimientos, habilidades y experiencia en el abordaje de las emergencias digestivas, particularmente en relación con la Hemorragia Digestiva, Pancreatitis aguda y Enfermedad Inflamatoria Intestinal grave (nivel 1).

- Ser capaz de comunicarse de forma efectiva, apropiada y frecuente con los familiares del paciente, aprendiendo a proporcionar noticias y pronósticos adversos, y a explicar la inutilidad de ciertos tratamientos (nivel 1).
- Participar activamente en los debates éticos en relación con los pacientes críticos (niveles 2 y 3).
- Adquirir conocimientos y habilidades en hemodinámica hepática (nivel 3).

Para la formación en estas unidades, la rotación se realizará en un hospital trasplantador de ámbito nacional (generalmente: el Hospital Universitario Gregorio Marañón y en el Hospital Ramón y Cajal). Dicha rotación tendrá una duración de 2 meses, y las guardias se realizarán en el servicio de Digestivo en dicho centro hospitalario.

Las **guardias** continúan realizándose en el servicio de Digestivo. En este periodo, todas las funciones señaladas para los residentes de segundo año con Nivel 1 desde el inicio o que cambian a Nivel 1 en algún momento del año, lo serán también para los R3 y 4.

En cuanto a las actividades que requieren mayor supervisión, como son la realización de endoscopia alta o baja urgentes se le irá dando una mayor autonomía y responsabilidad, de forma progresiva, hasta que sea capaz de realizar todo el proceso por sí mismo (Nivel 2 que pasará a Nivel 1, al finalizar el tercer año o a lo largo del cuarto año).

En lo que se refiere a las situaciones en las que el residente debe consultar siempre con el facultativo, descritas más arriba, se mantienen las mismas en el residente de 3º año. El residente de 4º año, de forma progresiva una vez más, podrá actuar e informar después, pudiendo resolver estas situaciones de forma autónoma en el último periodo de su residencia, lo que se decidirá de acuerdo con el tutor y los facultativos responsables de su supervisión. Pero siempre tendrá un facultativo responsable de su supervisión con el que podrá consultar cuando lo considere oportuno.

Todo residente, independientemente de su experiencia o año de formación, tiene el derecho y la obligación de consultar sus dudas en cualquier momento de la

guardia y solicitar ayuda y consejo a los facultativos de guardia, quienes, ya sean tutores o no, dada su condición de facultativos ligados a un Hospital Docente, tienen la obligación de prestársela. El residente en ningún caso puede considerarse un estudiante, ya que es un médico, siendo su derecho recibir docencia y supervisión pero su deber, prestar una labor asistencial.

OBJETIVOS DOCENTES DE LAS GUARDIAS DE LOS MÉDICOS RESIDENTES EN DIGESTIVO

Actividad asistencial de las guardias de Digestivo:

En las guardias de Digestivo se atienden fundamentalmente:

- Los pacientes ingresados a cargo de Digestivo que requieran observación, valoración de evolución o de exploraciones complementarias y las complicaciones que puedan presentar. Durante el fin de semana en el cambio de guardia de viernes a sábado, se realiza además un pase reglado de los enfermos ingresados en la planta de Digestivo (al residente le corresponde visitar un tercio de los pacientes ingresados), con la valoración de las analíticas de control y otras pruebas complementarias solicitadas y con el ajuste de tratamiento que precisen estos pacientes. Además en el cambio de guardia de sábado a domingo revalorará a los pacientes ingresados en la guardia realizada, con ajuste de tratamiento y valoración de analíticas u otras pruebas complementarias solicitadas.
- Los pacientes ingresados en otros servicios que han presentado o presentan una complicación digestiva.
- Los pacientes que acuden a Urgencias y precisan valoración por parte de Digestivo.
- Valoración de la indicación y realización de endoscopia digestiva alta y baja urgentes que se soliciten desde Urgencias o que surjan por complicaciones en pacientes ingresados en el Servicio de Digestivo o en otros servicios.

- Valoración, ajuste de tratamiento, petición y valoración de las pruebas complementarias necesarias, de los pacientes que ingresan en el Servicio de Aparato Digestivo de forma programada, ya sea para estudio desde consultas externas o para la realización de pruebas digestivas específicas (CPRE, biopsia hepática percutánea, biopsia hepática transyugular, tratamientos percutáneos de hepatocarcinoma...)

Objetivos docentes de las guardias:

- Adquirir agilidad y soltura en el manejo de los enfermos con patología digestiva aguda urgente, procedentes de distintas unidades y servicios, incluyendo el de urgencias, como se ha comentado en el anterior apartado, de forma progresiva desde el segundo año de la residencia hasta su último año (en el primer año nuestros residentes harán guardias en urgencias exclusivamente).
- Aprenderá a tratar al paciente y a sus familiares, en ocasiones en situaciones críticas, desde el más absoluto respeto, intentando resolver los problemas de salud y los derivados de la situación de enfermedad, prestándoles siempre su apoyo, con una información adecuada y acompañándolos en todo el proceso, ya que éste es el objetivo de nuestro trabajo; aprenderá también a trabajar en equipo y tendrá capacidad de autocritica, revisando sus actuaciones y corrigiendo sus errores, con la ayuda de su tutor, facultativos responsables y sus compañeros, a lo largo de todo el proceso formativo.
- Elaborar una correcta y completa historia clínica, hasta poder realizarla de forma autónoma, con el paso del tiempo y tras adquirir la capacitación necesaria, incluyendo anamnesis, exploración física, valoración de exploraciones complementarias, juicios clínicos sindrómicos y diagnósticos diferenciales.
- Conocer y capacitarse para solicitar las exploraciones complementarias e interconsultas a los especialistas que se precisen. Así y de forma progresiva a lo largo de los años, poder alcanzar la necesaria seguridad

en sus actuaciones e incrementar su nivel de responsabilidad en las decisiones diagnósticas, terapéuticas y de destino de los pacientes.

- Tras haber completado o estar realizando las rotaciones correspondientes en las técnicas endoscópicas y ecográficas, a partir del segundo año de residencia, efectuarán las exploraciones que se precisen durante las guardias. Siempre bajo supervisión del médico adjunto.
- Durante la formación en las guardias de Digestivo deberán adquirir una serie de conocimientos y habilidades básicas que le permitan prestar correctamente asistencia a los pacientes. Esto incluye el conocimiento sobre las indicaciones y contraindicaciones así como la habilidad técnica necesario para la realización de exploraciones endoscópicas urgentes (endoscopia digestiva alta y colonoscopia).
- Durante las guardias el residente en formación deberá implicarse progresivamente en las actuaciones y toma de decisiones de acuerdo con este protocolo de supervisión con asunción de responsabilidades de forma progresiva. Los facultativos de Digestivo son responsables de la tutela y supervisión del médico en formación en todo el proceso asistencial y decidirán su grado de autonomía en función de su año de residencia y de su trayectoria personal de acuerdo con las indicaciones de los tutores de Digestivo.

ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y ADMINISTRATIVOS DE LOS RESIDENTES EN LAS GUARDIAS DE APARATO DIGESTIVO

- Los residentes de Digestivo comenzarán a realizar guardias de Digestivo a partir de R2.
- Las guardias de Digestivo para el residente comienzan a las 15 horas y terminan a las 8,30 horas del día siguiente de lunes a viernes y de 10 horas a 10 horas del día siguiente los fines de semana. Al hacerse cargo de la guardia, el residente debe estar informado de los pacientes ingresados en la planta de Digestivo que requieran

especial vigilancia y de los pacientes pendientes de observación en Urgencias con patología digestiva que hayan sido valorados ya por los médicos de guardia de Digestivo.

- El residente dispone de un teléfono móvil que es el de primera llamada para poder ser localizado inmediatamente desde cualquier punto del hospital que sea requerido. El residente estará acompañado siempre por un médico adjunto de presencia física que dispone de un teléfono móvil de segunda llamada, por lo que está en contacto permanente con el residente.
- Durante el fin de semana en el cambio de guardia de viernes a sábado, se realiza además un pase reglado de los enfermos ingresados en la planta de Digestivo (a lo que el residente le corresponde visitar a un tercio de los pacientes ingresados), con la valoración de las analíticas de control y otras pruebas complementarias solicitadas y con el ajuste de tratamiento que precisen estos pacientes. Además en el cambio de guardia de sábado a domingo revalorará a los pacientes ingresados en la guardia realizada, con ajuste de tratamiento y valoración de analíticas u otras pruebas complementarias solicitadas.
- Se llevará a cabo el pase de guardia, a la mañana siguiente, refiriendo oralmente las incidencias habidas durante la misma que se consideren de interés y contando los ingresos en mayor detalle a los médicos adjuntos responsables en ese momento en la planta de hospitalización de Digestivo o los médicos de guardia que entren al día siguiente si es fin de semana.

Normas para la programación de las guardias de Digestivo:

Las guardias de Digestivo de los residentes serán organizadas y elaboradas cada mes por los residentes R4.

- El orden de preferencias será el siguiente: R4, R3, R2, rotante externo.
- Se realizará un conteo de guardias para realizar las guardias de fin de semana de forma proporcional entre todos los residentes.

- Las guardias quedarán puestas con dos meses de antelación generalmente.
- En periodos vacacionales el número de guardias será proporcional a los días del mes trabajados.

RESIDENTES DE PRIMER AÑO

Seis guardias en el servicio de Urgencias (10-11 meses en Medicina Interna y 1-2 meses en Cirugía, ésta última opcional. Si no realizan guardias en Cirugía realizarán 12 meses en Medicina Interna).

A partir de segundo año todos los residentes realizarán entre 5- 6 guardias al mes, siempre priorizando cubrir los fines de semana y los festivos.

RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO

Seis guardias de especialidad de digestivo (presenciales, con adjunto presencial).

RESIDENTES DE TERCER AÑO

Seis guardias de especialidad de digestivo (presenciales, con adjunto presencial).

RESIDENTES DE CUARTO AÑO

Seis guardias de especialidad de digestivo (presenciales, con adjunto presencial).

FUNCIONES DE LOS RESIDENTES EN LAS GUARDIAS DE DIGESTIVO Y SUPERVISIÓN DE LOS FACULTATIVOS DEL SERVICIO Y DE LOS TUTORES DE RESIDENTES

Facultativo responsable de la guardia de Digestivo:

- Tiene un papel de supervisor, consultor, asesor y regulador de la atención a los enfermos y establece la prioridad y la asistencia directa de los pacientes más críticos. También atiende directamente las emergencias que puedan surgir. Se encarga de supervisar a los médicos en formación, debiendo estar al corriente de las decisiones que éstos tomen y así confirmarlas o corregirlas oportunamente.

- Se encarga de la supervisión global de los médicos en formación, adaptándose ésta, al año de residencia y capacitación de cada médico de forma individualizada. Debe solucionar los problemas médicos que se le planteen. Decide y autoriza el paso a observación (hospital de día) de un paciente, el ingreso o alta y tratamiento. Visará por escrito las altas, ingresos y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervenga el residente en formación de segundo año cuando empiece a hacer sus guardias de digestivo y decidirá el grado de supervisión o delegación de cada uno de los residentes de 2º a 4º año (según año de residencia, indicaciones del tutor, experiencia previa, etc.)

El médico residente, según el programa nacional de la especialidad de aparato digestivo adaptado al Complejo Hospitalario de Toledo, al finalizar su periodo formativo, deberá haber realizado el siguiente número de procedimientos anuales, que le permita resolver cualquier problema digestivo en la práctica diaria o de urgencias.

OBJETIVOS QUIRÚRGICOS/MÉDICOS AL FINAL DEL PERIODO FORMATIVO.

El médico residente, al finalizar su periodo formativo, deberá haber realizado un número suficiente de intervenciones que le permita resolver cualquier problema digestivo de urgencia, así como intervenir aquellos procesos patológicos más frecuentes en la práctica clínica habitual.

Principales procedimientos que deberían haberse realizado al concluir el periodo de residencia.

Primer año de residencia

Historias clínicas de pacientes hospitalizados: 200.

Informes de alta: 200 (debidamente visados por el personal de plantilla).

Paracentesis diagnóstica/terapéutica: 15.

Interpretación de radiografías simples de abdomen: 200.

Interpretación de radiografía de tórax: 200.

Interpretación de ECG: 200.

Realización de gastroscopias diagnósticas: 200

Realización de colonoscopias diagnósticas: 200

Segundo año de residencia

Historias clínicas de pacientes hospitalizados: 100.

Informes de alta: 100.

Paracentesis diagnóstica/terapéutica: 10.

Interpretación de pruebas de aliento en enfermedades digestivas: 15

Valoración conjunta con cirugía y/o radiología de tomografías computerizadas abdominales: 100.

Valoración conjunta con cirugía y/o radiología de tránsito intestinal y enema opaco: 30.

Interpretación de pruebas de digestión y absorción: 15.

Valoración de pacientes críticos en la UCI: 50

Ecografía abdominal: 200.

Tercer año de residencia

Historias clínicas de pacientes hospitalizados: 100.

Informes de alta: 100

Valoración y seguimiento de pacientes trasplantados hepáticos: 25

Esofagoscopia, gastroscopia, enteroscopia, colonoscopia y rectoscopia: 400 (al menos 150 gastroscopias y 150 colonoscopias).

Técnicas endoscópicas hemostáticas primarias y secundarias: 50.

Tratamientos endoscópicos de los tumores digestivos y de las lesiones premalignas: 50.

Dilatación de estenosis intraluminales: 10.

Cuarto año de residencia

Técnicas manométricas digestivas, pHmetría: 15

Cápsula endoscópica: 20.

Interpretación de procedimientos para cuantificación de fibrosis en órganos digestivos: 30.

Participación como ayudante en la realización de ecoendoscopia diagnóstica: 80
y terapéutica: 10.

Participación como ayudante en la colocación de prótesis endodigestivas: 15.

Gastrostomía endoscópica: 10.

Participación como ayudante en drenajes de colecciones abdominales guiadas
por técnicas de imagen 20.

Punción biopsia y punción con aguja fina de órganos digestivos bajo control por
imagen: 10.

Participación como ayudante en colangiopancreatografía retrograda
endoscópica: 80.

Participación como ayudante en papilotomía endoscópica, extracción de
cálculos, dilataciones y colocación de prótesis biliar: 10.

Asistencia a pacientes ambulatorios: Primeras consultas: 100 Revisiones: 200

Interpretación del significado de los marcadores virales hepáticos: 200.

Interpretación de técnicas de evaluación de la calidad de vida en enfermedades
digestivas.

Historias clínicas de pacientes hospitalizados: 100.

Informes de alta: 100.

3.- ACTIVIDADES ASISTENCIALES A DESARROLLAR

3.1.- ESQUEMA GENERAL DE LAS ROTACIONES Y ESTANCIAS FORMATIVAS

	2023	2024	2025	2026	2027
ENERO		ENDOSCOPIAS I	ECO	ENDOSCOPIAS II	PLANTA
FEBRERO		ENDOSCOPIAS I	ECO	Pruebas funcionales y cápsula	PLANTA
MARZO		ENDOSCOPIAS I	ECO	Pruebas funcionales y cápsula	PLANTA
ABRIL		ENDOSCOPIAS I	ECO	Trasplante hepático	PLANTA
MAYO		ENDOSCOPIAS I	PLANTA	Trasplante hepático	PLANTA
JUNIO	Med. Interna	CONSULTA GENERAL	PLANTA	EXTERNA	
JULIO	Med. Interna	PLANTA	PLANTA	CONSULTA MONOGRÁFICA	
AGOSTO	Med. Interna	PLANTA	PLANTA	CPRE/ Ecoendoscopia	
SEPTIEMBRE	Med. Interna	PLANTA	ENDOSCOPIAS II	CPRE/ Ecoendoscopia	
OCTUBRE	NEFROLOGÍA	PLANTA	ENDOSCOPIAS II	CPRE/ Ecoendoscopia	
NOVIEMBRE	RADIOLOGIA	UCI	ENDOSCOPIAS II	CPRE/ Ecoendoscopia	
DICIEMBRE	FAMILIA	UCI	ENDOSCOPIAS II	CONSULTA MONOGRAFICA	

**Las rotaciones de trasplante hepático se realizan en el Hospital Universitario Gregorio Marañón/ Ramón y Cajal*

Por necesidades del servicio y para adecuar las rotaciones de todos los residentes del servicio dichas rotaciones pueden ser modificadas siempre con antelación.

3.2.- ROTACIONES INTERNAS Y EXTERNAS.

MEDICINA INTERNA	
AÑO DE RESIDENCIA QUE SE REALIZA	1
LUGAR (si es externa en los lugares definidos y aprobados por la CD, se debe realizar acuerdo de colaboración):	MEDICINA INTERNA
FACULTATIVO COLABORADOR	FEA MEDICINA INTERNA
OBJETIVOS DOCENTES Y COMPETENCIAS A ADQUIRIR 1. Aprender el funcionamiento básico del hospital: sistema informático, solicitud de exploraciones... 2. Aprender a realizar una historia clínica consistente 3. Explorar al paciente de forma sistemática al paciente sin obviar signos clínicos 4. Manejo de las patologías más frecuentes en m. Interna y pacientes pluripatológicos 5. Interpretar pruebas complementarias básicas: ECG, radiología simple, analíticas. 6. Ajustar tratamientos de forma correcta. Conocer los protocolos básicos (RCP) 7. Desarrollar empatía y habilidades psicosociales y de comunicación con los pacientes	
CUANTIFICAR O ESTIMAR (SEGÚN EL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD) LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS O TÉCNICAS A REALIZAR POR EL RESIDENTE, ESPECIFICANDO EL GRADO DE RESPONSABILIDAD EN CADA UNA DE ELLAS. - HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS: 200. - Informes de alta: 200 (debidamente visados por el personal de plantilla). - INTERPRETACIÓN DE ECG: 200.	
NIVEL DE SUPERVISIÓN O AUTONOMÍA QUE EL RESIDENTE DEBE ALCANZAR AL FINAL DE LA ROTACION	2
LECTURAS BIBLIOGRÁFICAS RECOMENDADAS (APARTADO 1.8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS) LAS APORTADAS POR LA ROTACIÓN	

RADIOLOGÍA BÁSICA	
AÑO DE RESIDENCIA QUE SE REALIZA	1
LUGAR (si es externa en los lugares definidos y aprobados por la CD, se debe realizar acuerdo de colaboración):	RADIOLOGÍA. TC ABDOMEN
FACULTATIVO COLABORADOR	FEA RADIOLOGIA
OBJETIVOS DOCENTES Y COMPETENCIAS A ADQUIRIR 1. Adquirir las habilidades básicas y la sistemática de lectura de rx simple de torax y abdomen 2. Identificar la anatomía normal en las radiografías de torax y abdomen. 3. Saber identificar la patología y catalogarla adecuadamente en las radiografías simples de torax y abdomen.	
CUANTIFICAR O ESTIMAR (SEGÚN EL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD) LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS O TÉCNICAS A REALIZAR POR EL RESIDENTE, ESPECIFICANDO EL GRADO DE RESPONSABILIDAD EN CADA UNA DE ELLAS. Interpretación de radiografías simples de abdomen: 200. Interpretación de radiografía de tórax: 200. Interpretación de TC abdomen: 50.	
NIVEL DE SUPERVISIÓN O AUTONOMÍA QUE EL RESIDENTE DEBE ALCANZAR AL FINAL DE LA ROTACION	2

**LECTURAS BIBLIOGRÁFICAS RECOMENDADAS
(APARTADO 1.8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS) LAS APORTADAS POR LA ROTACIÓN**

NEFROLOGÍA	
AÑO DE RESIDENCIA QUE SE REALIZA	1
LUGAR (si es externa en los lugares definidos y aprobados por la CD, se debe realizar acuerdo de colaboración):	NEFROLOGÍA
FACULTATIVO COLABORADOR	FEA NEFROLOGÍA
OBJETIVOS DOCENTES Y COMPETENCIAS A ADQUIRIR 1. Realizar una historia clínica y una exploración física adecuadas a los pacientes nefrópatas. 2. Identificar las patologías nefrológicas más frecuentes en el medio hospitalario haciendo hincapié en la insuficiencia renal aguda y sus subtipos más frecuentes. 3. Aprender a identificar y tratar el deterioro de la función renal en pacientes pluripatológicos con especial énfasis en los pacientes hepatópatas. 4. Aprender las indicaciones de diálisis en sus distintas variantes, ultrafiltración así como el manejo de los pacientes que se someten a dichas técnicas. 5. Aprender la utilidad de la leucoacitoaféresis, con sus indicaciones orientadas a pacientes con patología digestiva (EII, prurito...)	
CUANTIFICAR O ESTIMAR (SEGÚN EL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD) LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS O TÉCNICAS A REALIZAR POR EL RESIDENTE, ESPECIFICANDO EL GRADO DE RESPONSABILIDAD EN CADA UNA DE ELLAS. - HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS: 200. - INFORMES DE ALTA: 200 (DEBIDAMENTE VISADOS POR EL PERSONAL DE PLANTILLA).	
NIVEL DE SUPERVISIÓN O AUTONOMÍA QUE EL RESIDENTE DEBE ALCANZAR AL FINAL DE LA ROTACIÓN	2-3
LECTURAS BIBLIOGRÁFICAS RECOMENDADAS (APARTADO 1.8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS) LAS APORTADAS POR LA ROTACIÓN	

ATENCIÓN PRIMARIA	
AÑO DE RESIDENCIA QUE SE REALIZA	1
LUGAR (si es externa en los lugares definidos y aprobados por la CD, se debe realizar acuerdo de colaboración):	ATENCIÓN PRIMARIA
FACULTATIVO COLABORADOR	FEA MFYC.
OBJETIVOS DOCENTES Y COMPETENCIAS A ADQUIRIR 1. Conocer y manejar la patología más frecuente en el ámbito de la atención primaria. 2. Conocer los criterios de derivación a especializada. 3. Obtener un manejo integral de la patología crónica del enfermo. 4. Familiarizarse con la utilización de turriano.	
NIVEL DE SUPERVISIÓN O AUTONOMÍA QUE EL RESIDENTE DEBE ALCANZAR AL FINAL DE LA ROTACIÓN	2
LECTURAS BIBLIOGRÁFICAS RECOMENDADAS (APARTADO 1.8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS) LAS APORTADAS POR LA ROTACIÓN	

APARATO DIGESTIVO. PLANTA.	
AÑO DE RESIDENCIA QUE SE REALIZA	1
LUGAR (si es externa en los lugares definidos y aprobados por la CD, se debe realizar acuerdo de colaboración):	PLANTA APARATO DIGESTIVO
FACULTATIVO COLABORADOR	FEA DIGESTIVO
OBJETIVOS DOCENTES Y COMPETENCIAS A ADQUIRIR 1. Adquirir conocimientos de la patología digestiva más frecuente en planta. 2. Realizar la historia clínica con una correcta anamnesis y exploración física. 3. Solicitar razonadamente las p. Complementarias necesarias para el paciente digestivo 4. Interpretar adecuadamente los resultados de las pruebas complementarias solicitadas. 5. Pautar tratamiento básico y cuidados de pacientes hospitalizados en fx de sus síntomas. 6. Realizar adecuadamente evolutivos e informes de alta de pacientes hospitalizados.	
CUANTIFICAR O ESTIMAR (SEGÚN EL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD) LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS O TÉCNICAS A REALIZAR POR EL RESIDENTE, ESPECIFICANDO EL GRADO DE RESPONSABILIDAD EN CADA UNA DE ELLAS. • Historias clínicas de pacientes hospitalizados: 200. • Informes de alta: 200 (debidamente visados por el personal de plantilla). • Paracentesis diagnóstica/terapéutica: 15.	
NIVEL DE SUPERVISIÓN O AUTONOMÍA QUE EL RESIDENTE DEBE ALCANZAR AL FINAL DE LA ROTACION	2
LECTURAS BIBLIOGRÁFICAS RECOMENDADAS (APARTADO 1.8 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS) LAS APORTADAS POR LA ROTACIÓN	

APARATO DIGESTIVO. COLONOSCOPIA.	
AÑO DE RESIDENCIA QUE SE REALIZA	1
LUGAR (si es externa en los lugares definidos y aprobados por la CD, se debe realizar acuerdo de colaboración):	COLONOSCOPIA
FACULTATIVO COLABORADOR	FEA DIGESTIVO
OBJETIVOS DOCENTES Y COMPETENCIAS A ADQUIRIR 1. Adquirir habilidad en la realización de colonoscopias 2. Aprender las indicaciones, preparación y el intervalo de seguimiento de la prueba 3. Aprender a interpretar los hallazgos endoscópicos más frecuentes y su manejo 4. Aprender la correlación entre las lesiones y la clínica del paciente 5. Familiarizarse con las técnicas diagnósticas y terapéuticas más frecuentes	
CUANTIFICAR O ESTIMAR (SEGÚN EL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD) LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS O TÉCNICAS A REALIZAR POR EL RESIDENTE, ESPECIFICANDO EL GRADO DE RESPONSABILIDAD EN CADA UNA DE ELLAS. REALIZACIÓN DE COLONOSCOPIAS DIAGNÓSTICAS: 200	
NIVEL DE SUPERVISIÓN O AUTONOMÍA QUE EL RESIDENTE DEBE ALCANZAR AL FINAL DE LA ROTACION	3
LECTURAS BIBLIOGRÁFICAS RECOMENDADAS	

(APARTADO 1.8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS) LAS APORTADAS POR LA ROTACIÓN

APARATO DIGESTIVO. GASTROSCOPIA.	
AÑO DE RESIDENCIA QUE SE REALIZA	1
LUGAR (si es externa en los lugares definidos y aprobados por la CD, se debe realizar acuerdo de colaboración):	GASTROSCOPIA
FACULTATIVO COLABORADOR	FEA DIGESTIVO
OBJETIVOS DOCENTES Y COMPETENCIAS A ADQUIRIR 1. Aprender el funcionamiento y el manejo básico de un endoscopio. 2. Saber realizar adecuadamente un procedimiento diagnóstico con el uso del gastroscopio. 3. conocer las indicaciones así como las posibilidades dx y terapéuticas 4. Distinguir adecuadamente las imágenes endoscópicas más frecuentes 5. Conocer el seguimiento endoscópico de las lesiones más frecuentes 6. Realizar un informe descriptivo de la prueba con impresiones diagnósticas	
CUANTIFICAR O ESTIMAR (SEGÚN EL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD) LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS O TÉCNICAS A REALIZAR POR EL RESIDENTE, ESPECIFICANDO EL GRADO DE RESPONSABILIDAD EN CADA UNA DE ELLAS. REALIZACIÓN DE GASTROSCOPIAS DIAGNÓSTICAS: 200	
NIVEL DE SUPERVISIÓN O AUTONOMÍA QUE EL RESIDENTE DEBE ALCANZAR AL FINAL DE LA ROTACION	3
LECTURAS BIBLIOGRÁFICAS RECOMENDADAS (APARTADO 1.8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS) LAS APORTADAS POR LA ROTACIÓN	

APARATO DIGESTIVO. PLANTA – 2	
AÑO DE RESIDENCIA QUE SE REALIZA	R2
LUGAR (si es externa en los lugares definidos y aprobados por la CD, se debe realizar acuerdo de colaboración):	PLANTA APARATO DIGESTIVO 2
FACULTATIVO COLABORADOR	FEA DIGESTIVO
OBJETIVOS DOCENTES Y COMPETENCIAS A ADQUIRIR 1. Manejo de los problemas digestivos más frecuentes y sus complicaciones 2. Evaluación del riesgo operatorio de las enfermedades digestivas 3. Identificación de los riesgos epidemiológicos de algunas enfermedades infecciosas 4. Adquisición de habilidades para interpretar pruebas de imagen y su correlación clínica 5. Aprendizaje sobre cuándo pedir valoración por otras especialidades 6. Presentación en sesiones del servicio y multidisciplinarios los casos más complicados. 7. Habilidad en la comunicación a paciente y familiares	
CUANTIFICAR O ESTIMAR (SEGÚN EL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD) LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS O TÉCNICAS A REALIZAR POR EL RESIDENTE, ESPECIFICANDO EL GRADO DE RESPONSABILIDAD EN CADA UNA DE ELLAS. • Historias clínicas de pacientes hospitalizados: 100 • Informes de alta: 100. • Paracentesis diagnóstica/terapéutica: 10. • Valoración conjunta con cirugía y/o radiología de tomografías computerizadas abdominales: 100. • Valoración conjunta con cirugía y/o radiología de tránsito intestinal y enema opaco: 30.	
NIVEL DE SUPERVISIÓN O AUTONOMÍA QUE EL RESIDENTE	2 1 EN ALGUNAS ACTIVIDADES

DEBE ALCANZAR AL FINAL DE LA ROTACION	
LECTURAS BIBLIOGRÁFICAS RECOMENDADAS (APARTADO 1.8 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS) LAS APORTADAS POR LA ROTACIÓN	

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	
AÑO DE RESIDENCIA QUE SE REALIZA	2
LUGAR (si es externa en los lugares definidos y aprobados por la CD, se debe realizar acuerdo de colaboración):	UCI
FACULTATIVO COLABORADOR	FEA UCI
OBJETIVOS DOCENTES Y COMPETENCIAS A ADQUIRIR 1. Adquirir experiencia en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes críticos médico/qx 2. Conocer y practicar adecuadamente las técnicas de resucitación cardiopulmonar avanzada 3. Comunicarse de forma apropiada con los familiares del paciente crítico 4. Participar activamente en los debates éticos en relación con los pacientes críticos. 5. Comprender el papel de cada uno de los miembros de un equipo multidisciplinario 6. Canalización de accesos venosos centrales, accesos arteriales, iot y manejo respiradores 7. Manejo nutricional adecuado del paciente crítico (NPT, N.E...).	
CUANTIFICAR O ESTIMAR (SEGÚN EL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD) LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS O TÉCNICAS A REALIZAR POR EL RESIDENTE, ESPECIFICANDO EL GRADO DE RESPONSABILIDAD EN CADA UNA DE ELLAS.	
VALORACIÓN DE PACIENTES CRÍTICOS EN LA UCI: 50	
NIVEL DE SUPERVISIÓN O AUTONOMÍA QUE EL RESIDENTE DEBE ALCANZAR AL FINAL DE LA ROTACION	2 – 3
LECTURAS BIBLIOGRÁFICAS RECOMENDADAS (APARTADO 1.8 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS) LAS APORTADAS POR LA ROTACIÓN	

APARATO DIGESTIVO. COLONOSCOPIA - 2.	
AÑO DE RESIDENCIA QUE SE REALIZA	3
LUGAR (si es externa en los lugares definidos y aprobados por la CD, se debe realizar acuerdo de colaboración):	COLONOSCOPIA
FACULTATIVO COLABORADOR	FEA DIGESTIVO
OBJETIVOS DOCENTES Y COMPETENCIAS A ADQUIRIR 1. Reafirmar los conceptos en cuanto a la técnica de colonoscopia diagnóstica básica. 2. Realizar con solvencia terapéutica endoscópica básica y familiarizarse con la avanzada 3. Realización de colonoscopias especiales de screening de ccr. 4. Utilización de cromoendoscopia en los casos pertinentes. 5. Conocimiento de los pólipos colónicos y sus subclasificaciones. 6. Realización de polipsectomía simple y asistida en un grado de dificultad creciente. 7. Realización de un informe de colonoscopias ajustándose a los principios de calidad.	
CUANTIFICAR O ESTIMAR (SEGÚN EL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD) LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS O TÉCNICAS A REALIZAR POR EL RESIDENTE, ESPECIFICANDO EL GRADO DE RESPONSABILIDAD EN CADA UNA DE ELLAS.	
150 colonoscopias diagnósticas y terapéuticas. Técnicas endoscópicas hemostáticas primarias y secundarias: 50. Tratamientos endoscópicos de los tumores digestivos y de las lesiones premalignas: 50 Dilatación de estenosis intraluminales: 10.	

NIVEL DE SUPERVISIÓN O AUTONOMÍA QUE EL RESIDENTE DEBE ALCANZAR AL FINAL DE LA ROTACIÓN	2
LECTURAS BIBLIOGRÁFICAS RECOMENDADAS (APARTADO 1.8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS) LAS APORTADAS POR LA ROTACIÓN	

APARATO DIGESTIVO. GASTROSCOPIA - 2.	
AÑO DE RESIDENCIA QUE SE REALIZA	3
LUGAR (si es externa en los lugares definidos y aprobados por la CD, se debe realizar acuerdo de colaboración):	GASTROSCOPIA
FACULTATIVO COLABORADOR	FEA DIGESTIVO
OBJETIVOS DOCENTES Y COMPETENCIAS A ADQUIRIR 1. Reafirmar los conceptos en cuanto a la técnica de gastroscopia diagnóstica básica. 2. Realizar con solvencia terapéutica endoscópica básica y familiarizarse con la avanzada. 3. Realización de ligadura endoscópica con bandas. 4. Realización de gastroscopia a pacientes sedados y despiertos. 5. Realización de polipectomías gástricas / APC.	
CUANTIFICAR O ESTIMAR (SEGÚN EL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD) LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS O TÉCNICAS A REALIZAR POR EL RESIDENTE, ESPECIFICANDO EL GRADO DE RESPONSABILIDAD EN CADA UNA DE ELLAS. 150 gastroscopias diagnósticas y terapéuticas. Técnicas endoscópicas hemostáticas primarias y secundarias: 50. Tratamientos endoscópicos de los tumores digestivos y de las lesiones premalignas: 50 Dilatación de estenosis intraluminales: 10.	
NIVEL DE SUPERVISIÓN O AUTONOMÍA QUE EL RESIDENTE DEBE ALCANZAR AL FINAL DE LA ROTACIÓN	2
LECTURAS BIBLIOGRÁFICAS RECOMENDADAS (APARTADO 1.8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS) LAS APORTADAS POR LA ROTACIÓN	

APARATO DIGESTIVO. PLANTA – 3	
AÑO DE RESIDENCIA QUE SE REALIZA	3
LUGAR (si es externa en los lugares definidos y aprobados por la CD, se debe realizar acuerdo de colaboración):	PLANTA HOSPITALIZACIÓN
FACULTATIVO COLABORADOR	FEA DIGESTIVO
OBJETIVOS DOCENTES Y COMPETENCIAS A ADQUIRIR • Fijar lo aprendido la patología más frecuente y su manejo en planta de hospitalización. • Gestionar adecuadamente los recursos y saber solicitar las diferentes técnicas dcas. • Diagnosticar y tratar pacientes ingresados en nuestra planta de forma autónoma • Ser capaz de dar pautas de tratamiento de cara al alta del enfermo. • Comunicar diariamente la evolución clínica del enfermo a las familias. • Tomar partida en las decisiones sobre pacientes complicados que puedan surgir en planta • Ser racional en el uso de recursos evitando encarnizamiento terapéutico o sobrediagnóstico	
CUANTIFICAR O ESTIMAR (SEGÚN EL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD) LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS O TÉCNICAS A REALIZAR POR EL RESIDENTE, ESPECIFICANDO EL GRADO DE RESPONSABILIDAD EN CADA UNA DE ELLAS. Historias clínicas de pacientes hospitalizados: 100	

Informes de alta: 100	
Paracentesis diagnóstica/terapéutica: 20	
NIVEL DE SUPERVISIÓN O AUTONOMÍA QUE EL RESIDENTE DEBE ALCANZAR AL FINAL DE LA ROTACIÓN	2 – 1
LECTURAS BIBLIOGRÁFICAS RECOMENDADAS (APARTADO 1.8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS) LAS APORTADAS POR LA ROTACIÓN	

APARATO DIGESTIVO. ECOGRAFÍA.	
AÑO DE RESIDENCIA QUE SE REALIZA	3
LUGAR (si es externa en los lugares definidos y aprobados por la CD, se debe realizar acuerdo de colaboración):	ECOGRAFÍA
FACULTATIVO COLABORADOR	FEA DIGESTIVO
OBJETIVOS DOCENTES Y COMPETENCIAS A ADQUIRIR 1. Conocer los principios básicos de la ultrasonografía y el funcionamiento del ecógrafo. 2. Conocer la anatomía abdominal y saber identificar las estructuras ecográficamente. 3. Aprender la sistemática de exploración abdominal mediante la ecografía. 4. Adquirir habilidad en la realización de la técnica (más de 200 ecografías). 5. Realizar un adecuado screening de hepatocarcinoma. 6. Conocer las indicaciones más frecuentes y la utilidad de dicha técnica. 7. Conocer las técnicas ecográficas invasivas y realizar las mismas con supervisión.	
CUANTIFICAR O ESTIMAR (SEGÚN EL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD) LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS O TÉCNICAS A REALIZAR POR EL RESIDENTE, ESPECIFICANDO EL GRADO DE RESPONSABILIDAD EN CADA UNA DE ELLAS. ECOGRAFÍA ABDOMINAL: 200.	
NIVEL DE SUPERVISIÓN O AUTONOMÍA QUE EL RESIDENTE DEBE ALCANZAR AL FINAL DE LA ROTACIÓN	2
LECTURAS BIBLIOGRÁFICAS RECOMENDADAS (APARTADO 1.8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS) LAS APORTADAS POR LA ROTACIÓN	

APARATO DIGESTIVO. PLANTA – 4	
AÑO DE RESIDENCIA QUE SE REALIZA	4
LUGAR (si es externa en los lugares definidos y aprobados por la CD, se debe realizar acuerdo de colaboración):	PLANTA HOSPITALIZACIÓN
FACULTATIVO COLABORADOR	FEA DIGESTIVO
OBJETIVOS DOCENTES Y COMPETENCIAS A ADQUIRIR • Reforzar la anamnesis y exploración física completa • Emisión de juicio clínico de presunción y diagnóstico diferencial • Solicitud de pruebas complementarias adecuadas e interpretación de mismas • Tener la máxima responsabilidad en la asistencia de los pacientes en patología digestiva: • Indicaciones y cuidados del tx hepático, estudio htp, sd. Hepatorrenal, hepatopulmonar. • Manejo del paciente sangrante, o con eii compleja (incluyendo biológicos e is). • Manejo de la patología biliopancreática grave y el cáncer digestivo. • Paracentesis terapéutica HdD: 20	

CUANTIFICAR O ESTIMAR (SEGÚN EL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD) LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS O TÉCNICAS A REALIZAR POR EL RESIDENTE, ESPECIFICANDO EL GRADO DE RESPONSABILIDAD EN CADA UNA DE ELLAS.

Interpretación de técnicas de evaluación de la calidad de vida en enfermedades digestivas.

Interpretación de procedimientos para cuantificación de fibrosis en órganos digestivos: 30.

Interpretación del significado de los marcadores virales hepáticos: 100

Historias clínicas de pacientes hospitalizados: 100.

Informes de alta: 100.

Paracentesis diagnóstica/terapéutica: 20

NIVEL DE SUPERVISIÓN O AUTONOMÍA QUE EL RESIDENTE DEBE ALCANZAR AL FINAL DE LA ROTACIÓN

1

LECTURAS BIBLIOGRÁFICAS RECOMENDADAS

(APARTADO 1.8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS) LAS APORTADAS POR LA ROTACIÓN

APARATO DIGESTIVO. PRUEBAS FUNCIONALES.

AÑO DE RESIDENCIA QUE SE REALIZA

4

LUGAR (si es externa en los lugares definidos y aprobados por la CD, se debe realizar acuerdo de colaboración):

PRUEBAS FUNCIONALES

FACULTATIVO COLABORADOR

FEA DIGESTIVO

OBJETIVOS DOCENTES Y COMPETENCIAS A ADQUIRIR

- Conocer en detalle la fisiología digestiva.
- Identificar la anatomía normal del intestino delgado y colon.
- Conocer las diferentes exploraciones funcionales digestivas (manom/pHmetría y capsula)
- Conocer cuál es la preparación adecuada para cada una de las exploraciones.
- Conocer cuál es la secuencia más idónea de realización.
- Identificar las principales lesiones de intestino delgado y colon.
- Interpretar correctamente los resultados y realizar el informe de la exploración.

CUANTIFICAR O ESTIMAR (SEGÚN EL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD) LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS O TÉCNICAS A REALIZAR POR EL RESIDENTE, ESPECIFICANDO EL GRADO DE RESPONSABILIDAD EN CADA UNA DE ELLAS.

-Técnicas manométricas digestivas, pHmetría: 15

- Cápsula endoscópica: 20.

NIVEL DE SUPERVISIÓN O AUTONOMÍA QUE EL RESIDENTE DEBE ALCANZAR AL FINAL DE LA ROTACIÓN

1

LECTURAS BIBLIOGRÁFICAS RECOMENDADAS

(APARTADO 1.8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS) LAS APORTADAS POR LA ROTACIÓN

APARATO DIGESTIVO. CPRE, ECOENDOSCOPIA Y ENDOSCOPIA AVANZADA

AÑO DE RESIDENCIA QUE SE REALIZA

4

LUGAR (si es externa en los lugares definidos y aprobados por la CD, se debe realizar acuerdo de colaboración):

CPRE, ECOENDOSCOPIA Y ENDOSCOPIA AVANZADA

FACULTATIVO COLABORADOR

FEA DIGESTIVO

OBJETIVOS DOCENTES Y COMPETENCIAS A ADQUIRIR

- Conocimiento e indicaciones de las técnicas endoscópicas avanzadas (CPRE, DES)
- Colocación de bandas elásticas para varices esofágicas.
- Dilataciones esofágicas, intestinales y colónicas. REM. Esclerosis lesiones sangrantes.

• <i>Apc. Mucosectomía endoscópica con bandas. Radiofrecuencia de Barrett.</i> • <i>Visualización y apoyo a la técnica de drenaje endoscópico de pseudoquistes, Zenker...</i> • <i>Conocer las indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de la CPRE Y USE.</i>	
CUANTIFICAR O ESTIMAR (SEGÚN EL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD) LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS O TÉCNICAS A REALIZAR POR EL RESIDENTE, ESPECIFICANDO EL GRADO DE RESPONSABILIDAD EN CADA UNA DE ELLAS. Participación como ayudante en la realización de ecoendoscopia diagnóstica y terapéutica: 20. Participación como ayudante en la colocación de prótesis endodigestivas: 10. Gastrostomía endoscópica: 10. Participación como ayudante en drenajes de colecciones abdominales guiadas por técnicas de imagen 10. Punción biopsia y punción con aguja fina de órganos digestivos bajo control por imagen: 10. Participación como ayudante en colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: 80. Participación como ayudante en papilotomía endoscópica, extracción de cálculos, dilataciones y colocación de prótesis biliar: 10.	
NIVEL DE SUPERVISIÓN O AUTONOMÍA QUE EL RESIDENTE DEBE ALCANZAR AL FINAL DE LA ROTACION	1 – 2
LECTURAS BIBLIOGRÁFICAS RECOMENDADAS (APARTADO 1.8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS) LAS APORTADAS POR LA ROTACIÓN	

3.3.- PROGRAMA DE GUARDIAS

La normativa de guardias se encuentra disponible en la intranet en la pagina departamental de la comisión de Docencia (punto Normativa de guardias).
En cuanto al programa de guardias de Urgencias de Medicina Interna en nuestro hospital actualmente

1.- Guardias mensuales en el área de Medicina Interna de los residentes de especialidades clínicas o médico-Quirúrgicas (el resto se realizan en planta de hospitalización)

ESPECIALIDAD	1er año	2º año	3er año	4º año	5º año
ALERGOLOGIA	6	3	2	1	
ANESTESIA	4 (hasta noviembre incl.)	0	0	0	0
CARDIOLOGIA	4	2	0	0	0
DERMATOLOGIA	6 (hasta diciembre)	0*	0*	0*	0*
DIGESTIVO	6**	0	0	0	0
ENDOCRINOLOGIA	6	3	2	1	
GERIATRIA	6	3	2	1	
HEMATOLOGIA	6	2***	0	0	0
MEDICINA FAMILIA	Variable según programa formativo (ver GFT MFyC)				
MEDICINA INTENSIVA	6	0**	0	0	0
MEDICINA INTERNA	6	3	2	1	1
NEFROLOGIA	6	2	0	0	0
NEUROLOGIA	6	0	0	0	0
ONCOLOGIA	6	3	2	1	1
REHABILITACION	6 (hasta marzo)	0	0	0	0

* Dermatología: a partir de diciembre realiza guardias en área de cirugía de Urgencias, durante su 1er año y posteriormente opcionales.

** Digestivo y UVI : realiza 1-2 meses de guardias quirúrgicas

El resto de guardias (6 al mes) se realizarán de especialidad en Aparato Digestivo del siguiente modo:

R2: 6 guardias de especialidad de digestivo (presenciales, con adjunto presencial)

R3: 6 guardias de especialidad de digestivo (presenciales, con adjunto presencial)

R4: 6 guardias de especialidad de digestivo (presenciales, con adjunto presencial)

4.- ACTIVIDADES DOCENTES, DE INVESTIGACIÓN Y CIENTÍFICAS A REALIZAR POR EL RESIDENTE

4.1.- Sesiones clínicas y bibliográficas a impartir por el residente

Sesiones CLINICAS del Servicio de Aparato Digestivo: Los residentes de primer año realizarán dos sesiones. En el resto de los años de residencia darán tres o cuatro sesiones al año.

Sesiones de CASOS del Servicio Aparato Digestivo: los residentes que estén rotando en planta de hospitalización expondrán los casos más complejos o interesantes de planta los viernes a las 8:00h

Sesiones bibliográficas/lectura crítica de residentes de Aparato Digestivo: una vez al mes en horario de tarde, en turno rotatorio entre los residentes.

4.2.- Calendario individual de cursos

Los planes formativos anuales están disponibles en intranet, en la página web de Docencia (Intranet > Departamentales > Comisión de Docencia > Subcomisión de Medicina > Planes formativos) Enlace [AQUÍ](#)

4.3.- Revisión o elaboración de guías clínicas, protocolos, documentos, etc. del servicio.

Las sesiones bibliográficas monográficas realizadas por el residente en el Servicio de Digestivo se completarán posteriormente con la elaboración, a partir de las mismas, de los correspondientes protocolos o guías clínicas o si ya existiesen con la revisión de éstos/as.

4.4.- Cursos opcionales, congresos, reuniones o jornadas científicas donde la asistencia de los residentes es recomendable

- Congreso Nacional de Hepatología AEEH: R3
- Congreso Nacional Endoscopia Digestiva: R3-R4
- Congreso Nacional Ecografía Digestiva: R3
- Congreso Nacional EIIC: R3-R4
- Congreso SEPD: R2
- Congreso ACAD: R1/R2
- Reunión anual de la AEG: R3/R4
- Curso monográfico de EIIC para residentes: R4
- Curso residentes Hepatología de la AEEH: R2
- Curso Práctico Básico de Cápsula Endoscópica R3-R4
- Curso avanzado de cápsula endoscópica. Hospital de Navarra. R3-R4

- Curso Internacional de Endoscopia Digestiva Terapéutica de AEED. R4
- Curso de Actualización en Gastroenterología. Hospital de Aranjuez. R2
- Curso de Actualización en Hepatología. Hospital de Aranjuez. R2
- Curso de pruebas funcionales y motilidad de la GEMD. R3
- Curso de Postgrado AGA/SEPD. R2
- X Curso de postgrado de ecografía digestiva AEED. R3
- Curso de sedación en endoscopia digestiva SEED: R2-R4.
- Máster de Ecoendoscopia R3-R4.
- Máster de cápsula endoscópica. R3-R4

4.5.- Presentación de comunicaciones y ponencias

Se recomienda que al menos se cumplan los siguientes objetivos:

- Durante el segundo año de residencia: al menos una comunicación a congreso regional o nacional.
- Durante el tercer año de residencia: al menos 2 comunicaciones a congreso regional o nacional.
- Durante el cuarto año de residencia: al menos 3 comunicaciones a congreso regional o nacional

4.6.- Trabajos de investigación o publicaciones

Se recomienda que a lo largo de la residencia, participen en un trabajo de investigación y realicen al menos 2 publicaciones en revistas o libros.

NOTA: En los hospitales universitarios se considera recomendable que los residentes participen en las enseñanzas dirigidas a estudiantes de Medicina.

Firmado en Toledo, ABRIL de 2024

TUTORES SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO

Dra. Carolina Delgado Martínez

Dra. Mayra Lindo Ricce

JEFE DE SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO

Dr. Rafael Ángel Gómez Rodríguez

**JEFE DE ESTUDIOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE TOLEDO
TRAS LA APROBACIÓN POR LA SUBCOMISIÓN DE MEDICINA DE LA COMISIÓN DE
DOCENCIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO**

Dr. Agustín Julián Jiménez.



DOCUMENTO APROBADO EN LA REUNIÓN DE LA SUBCOMISIÓN DE MEDICINA DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA DE ABRIL 2024