

**GUIA DOCENTE DE APARATO DIGESTIVO
UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO.
HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ
CUENCA. ESPAÑA.**

**Septiembre de 2009
Versión 2.0**









INDICE

PREFACIO

1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. EL HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ.....	8
3. LA SECCIÓN DE APARATO DIGESTIVO.....	9
4. NUESTRO EQUIPO.....	10
5. NUESTRO SERVICIO EN CIFRAS.....	11
6. INFORMACIÓN BÁSICA DEL SERVICIO.....	12
7. PLAN ESPECÍFICO DE FORMACIÓN.....	15
8. ESQUEMA DE ROTACIONES.....	17
9. PRIMER AÑO DE RESIDENCIA.....	16
10. SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA.....	26
11. TERCER AÑO DE RESIDENCIA.....	34
12. CUARTO AÑO DE RESIDENCIA.....	44

PREFACIO

La primera edición de la Guía Docente de Aparato Digestivo fue redactada en el año 2008, siendo su autor el Dr. Redondo Cerezo. A pesar de haber transcurrido tan poco tiempo desde entonces, es obligatorio realizar una revisión de la misma por varios motivos.

En primer lugar, el cambio del Tutor de Residentes, obligado por la marcha del Dr. Redondo Cerezo fuera de nuestro hospital. Por ello, desde Junio 2009, el nuevo Tutor pasa a ser el Dr José Ignacio Pérez García, médico del Servicio desde el año 2001. Es esencial agradecer la gran labor realizada por el Dr Redondo, quien sentó las bases para conseguir la excelencia en la formación, destacando fundamentalmente en el aspecto investigador y en la gran capacidad de motivación sobre los residentes. Además fue el redactor de la Guía de Formación para residentes, que ha sentado la base para la formación

En segundo lugar, los cambios experimentados en la Unidad de Endoscopia, tanto por la existencia de una nueva sala como por la introducción de la sedación para la realización de las colonoscopias y por el auge de nuevas técnicas (ecoendoscopia y estudio de intestino delgado mediante capsuloendoscopia y enteroscopia). Esto obliga a algunos cambios organizativos en dicha Sección, y a la adecuación de los cometidos de los residentes en la misma dependiendo de su año de residencia.

Por último, la consecución de la Sección de Digestivo como Servicio propio, independiente de Medicina Interna en el año 2009. Aunque aún en el momento actual no ha provocado grandes cambios, sin duda facilitará el proceso de expansión y por ello la posibilidad de mejorar en los tres ámbitos esenciales de nuestra profesión.



La formación de especialistas constituye un reto de primer orden para un grupo de profesionales. La responsabilidad del futuro de la asistencia sanitaria para nuestros conciudadanos y para nosotros mismos debe ser para nosotros una prioridad.

Después de 7 años formando médicos, llega el momento de establecer por escrito lo que hemos venido haciendo y lo que debemos mejorar para alcanzar la excelencia en la formación de nuestros especialistas en Aparato Digestivo. La tentación de incluir a los residentes como un escalón más en la vorágine de la asistencia se conjura con la más estricta exigencia clínica y científica que pretende recoger esta guía. Para ello, no basta con un tutor o un jefe de Unidad motivado, es necesario el compromiso de todos, desde el personal administrativo, de enfermería y la plantilla de nuestra Unidad para la consecución de tan noble objetivo.

Para establecer en cada momento qué debemos exigir y exigirnos, hasta donde debemos llegar y por qué camino, nacen estas páginas frías que deberán adaptarse día a día a la realidad por la que nos toque transitar, contando con que somos personas, con las infinitas particularidades que cada uno puede imprimir a su formación y su forma de enseñar. Afortunadamente para nosotros, otros ya han recorrido el camino, y algunas instituciones internacionales y nacionales nos marcan la senda que debemos seguir para formar especialistas que aspiren a encontrarse al máximo nivel internacional.

Toda aspiración inferior a la anteriormente expuesta será conformarse, adocenarse y resignarse a pertenecer a la segunda fila de la mediocridad. Ni nuestros pacientes ni nosotros merecemos esto, y he aquí el más vibrante porqué éste esfuerzo y todos los que esperemos que se sigan de aquí en adelante.

Bienvenido residente, a estos años que serán los más importantes de tu vida profesional. De tu trabajo estos años depende el especialista que podrás llegar a ser en el futuro. Para esto, cuenta con nuestra confianza y apoyo, con nuestros conocimientos y habilidades, con nuestra amistad y compañía. No obstante, no olvides que el mayor esfuerzo depende de ti mismo, de tu trabajo y de tu entrega. Sólo podemos asegurarte que todo esfuerzo merece la pena. Esperamos que nuestro programa docente te conduzca en cuatro años al máximo nivel de humanismo, profesionalidad y excelencia clínica.

Eduardo Redondo Cerezo

Tutor de Médicos Residentes de Aparato Digestivo año 2007-2009





El Hospital 'Virgen de la Luz' de Cuenca es un centro sanitario, dependiente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (**SESCAM**), que desde su inicio en 1964, tiene entre sus objetivos la **mejora de la asistencia sanitaria, la docencia y la investigación**. Tras sucesivas ampliaciones, la más importante en el año 1985, se ha ido modificando y adaptando a las demandas de la sociedad cuenseña, convirtiéndose en un referente provincial.

El Hospital 'Virgen de la Luz' consta de un **Edificio Principal**, donde se hallan las áreas de Hospitalización, Quirúrgica, Urgencias y Servicios Centrales, que comunica mediante dos pasarelas acristaladas, con otros dos edificios de cuatro plantas. En el primero de ellos (**Edificio Administrativo**) se encuentra ubicada la Dirección, Administración, Biblioteca, Unidad de Investigación y Laboratorios. En el segundo edificio, (**Policlínico**), se sitúan las Consultas Externas, el Servicio de Admisión, el Servicio de Atención al Paciente, la Sala de Extracciones y el Almacén de Suministros.

El Hospital 'Virgen de la Luz' es una institución sanitaria de atención especializada y de ámbito provincial con más de 40 años de historia. El Hospital fue inaugurado en el año 1964 y se acometió la ampliación más importante en el año 1985, lo que supuso doblar los recursos materiales y humanos con los que se contaba entonces.

Además de un referente social, se puede calificar el Hospital como motor económico de la provincia, ya que se perfila como la primera empresa provincial de servicios, con el mayor número de empleados.

En el año 1996 se puso en marcha el Centro Policlínico anexo al Hospital y a finales del año 2001 se inauguró el Edificio Administrativo, lo que permitió desplazar del edificio principal de hospitalización toda el área administrativa y de formación, así como los laboratorios y la remodelación de los servicios de Urgencias y Radiodiagnóstico, además de la puesta en marcha posteriormente de las unidades de Medicina Nuclear y Cirugía Maxilofacial.

El Hospital tiene actualmente 364 camas en funcionamiento y 34 servicios/unidades médicas, pertenece al Grupo II de los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud y desde enero de 2002, fecha en la que se produjo el traspaso de competencias sanitarias a la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, depende del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), un organismo autónomo adscrito a la Consejería de Sanidad.

En la actualidad trabajan en nuestro Hospital más de 1.200 trabajadores, que prestan sus servicios a una población del Área de Salud de Cuenca de 170.000 personas, aproximadamente.

En el año 2006 además se puso en funcionamiento el Centro de Especialidades de Tarancón, donde se presta asistencia a un área de habitantes aproximada de 20.000 personas. En dicho centro se cuenta con la asistencia de nuestra Especialidad, con la realización tanto de consulta especializada como de Endoscopia básica



sescam



Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, prestar una atención moderna, cercana y efectiva, y reducir la demora en la atención especializada son algunos de los objetivos del trabajo realizado.



En el año 2009 la Sección de Aparato Digestivo del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca pasa a constituirse como Servicio independiente, lo cual no impedirá que le sigan manteniendo, necesarias por otro lado, excelentes relaciones de compañerismo con el Servicio de Medicina Interna.

El Servicio está acreditado para la docencia en Aparato Digestivo desde 2003, año en el que se incorporó nuestra primera residente, que hoy forma parte de la plantilla. Sin embargo la historia de nuestra sección se remonta a años atrás, mediados los 80, en los que los primeros especialistas en Aparato Digestivo se incorporaron al hospital fundando una Unidad de Endoscopias que hoy dispone de todos los últimos avances en endoscopia digestiva, y asumiendo la asistencia de un gran volumen de pacientes de hospitalización y encamados. El interés por la docencia que siempre acompañó a los miembros de la Sección hizo que se solicitase la acreditación y que, desde la misma, se hayan formado ininterrumpidamente excelentes especialistas que hoy desempeñan con rigor la especialidad.

Hoy nuestra unidad cuenta con cuatro salas de endoscopia y otra de exploraciones funcionales. Entre las primeras existe una equipada con fluoroscopia, en la que suele realizarse CPRE y procedimientos de terapéutica compleja (Inserción de prótesis enterales, dilataciones etc...). En esta misma sala también se realiza la enteroscopia. Otra de las salas está equipada con ecógrafo de última generación y un equipo completo de ecoendoscopia. La Sala de exploraciones funcionales contiene tres unidades lectoras y registradoras de capsuloendoscopia, manometría esofágica y anorrectal con pHmetría, y test de C13 en aliento para el diagnóstico de la infección por *Helicobacter Pylori*. La Unidad de Endoscopias está dotada con cuatro equipos de enfermería de elevada calificación en el campo de la endoscopia digestiva, y con amplia experiencia en la docencia postgraduada. Asimismo, buena parte de las exploraciones complejas son realizadas bajo sedación profunda por parte de Anestesia dentro de la misma unidad. La Unidad de Hospitalización cuenta con 12 camas asignadas, si bien la demanda asistencial frecuentemente rebasa este límite, alcanzando normalmente los 20 pacientes ingresados a los que suelen asignarse dos médicos adjuntos y un médico residente. El Servicio dispone de dos consultas diarias en el Edificio del Policlínico y otra en el Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Tarancón, esta última dotada de una sala de endoscopia. Desde 2007 contamos con un programa de guardias de la especialidad para nuestros residentes, supervisadas por el adjunto de especialidades de presencia física en el hospital y por el endoscopista localizado. La experiencia de las guardias ha supuesto una mejora significativa de la formación.

El Servicio desarrolla una importante actividad docente e investigadora. Suelen programarse entre dos y tres sesiones semanales, obligatorias para los residentes. La investigación es un aspecto esencial de nuestra actividad, con publicación de entre 2 y 3 trabajos originales al año, así como un número variable de casos clínicos, cartas al editor etc, en las que la participación de los residentes es muy importante. Anualmente suelen enviarse más de veinte comunicaciones a congresos nacionales e internacionales, en las que



ÁREA INTEGRADA
CUENCA

sescam



habitualmente colaboran y aparecen nuestros residentes. Además, el residente tendrá la oportunidad de desarrollar iniciativas propias para la publicación de trabajos, con la ayuda y experiencia de adjuntos con una actividad científica constante.

NUESTRO EQUIPO

Jefe de Sección : Ángel Pérez Sola.

Tutor de Residentes: José Ignacio Pérez García.

Facultativos Especialistas de Área:

- Jesús García-Cano Lizcano.
- Carmen Julia Gómez Ruiz.
- Julia Morillas Ariño.
- Gracia Pérez Vígara.
- Miriam Viñuelas Chicano

Residentes de Aparato Digestivo:

- Cristina Jimeno Ayllón (R4)
- Raquel Martínez Fernández (R3)
- Lorena Serrano Sánchez (R2)
- Amanda Reyes Guevara (R1)



- Consultas:
 - Primeras: 2850.
 - Sucesivas: 4128.

- Endoscopias:
 - Total: 5463
 - Gastroscopia: 1827.
 - Colonoscopias: 1833.
 - Biopsias hepáticas: 36.
 - CPRE: 146
 - Ecoendoscopias: 500
 - Otros (cápsula, manometría, enteroscopia,...): 1108

- Hospitalización:
 - Camas asignadas: 12
 - Ingresos anuales: 815.
 - Estancias: 5488.
 - Estancia media: 6,73 días.
 - Porcentaje de ocupación: 125%

**Datos correspondientes al año 2007*



INFORMACIÓN BÁSICA DEL SERVICIO.

1. UBICACIÓN Y DOTACIÓN:

El Servicio de Aparato Digestivo cuenca con 12 camas de Hospitalización situadas en la 5ª planta a las que, por la sobrecarga que obliga a atender generalmente a más de 12 pacientes, se adscriben dos adjuntos y un residente de la especialidad. En la planta se sitúa la sala de sesiones, en la que disponemos de dos ordenadores conectados a Internet y de una consola de ecografía básica para la realización de eco abdominal convencional.

Asimismo, contamos con dos consultas en el Edificio del Policlínico, con los números 208 (Digestivo 1) y 209 (Digestivo 2), que por lo general presta asistencia diariamente.

La Unidad de Endoscopias está situada en el sótano 1 del módulo A del Hospital, dotada de 4 salas de endoscopias, una de ellas equipada con un arco de fluoroscopia para la CPRE y procedimientos terapéuticos que necesitan de ésta tecnología, otra dedicada a endoscopia convencional y una tercera dotada con una consola de ecografía de última generación y de ecoendoscopia alta (lineal y radial) y también de ecoendoscopia anal rígida. Asimismo disponemos de otra sala de exploraciones especiales en la que se ubican tres registradoras de capsuloendoscopia, con sus respectivos ordenadores para la lectura de la técnica, manometría esofágica y anorrectal con pHmetría, y test de aliento de Helicobacter Pylori mediante C13.

En la Unidad de Endoscopias existe además, una pequeña consulta, en despacho de médicos con vestuario y tres ordenadores conectados a Internet, y el despacho del jefe de sección.

2. SESIONES CLÍNICAS:

Tenemos una sesión clínica en la que se discuten pacientes hospitalizados cada martes. Normalmente los lunes y jueves se presenta una sesión monográfica, bibliográfica, de caso ciego o de protocolo. Una vez al mes contamos con sesiones radiológicas (generalmente con participación del Servicio de Radiodiagnóstico) y anatomoclínicas.

En ocasiones participamos de las sesiones de Medicina Interna, que impartimos periódicamente, y de las sesiones generales hospitalarias, de asistencia obligada para residentes, que tienen periodicidad quincenal o mensual.

3. GUARDIAS:

Durante el primer año de especialidad se harán 5 guardias en el Servicio de Urgencias, en las que la supervisión será constante, completa y fehaciente (por escrito), añadiéndose, mediado el año, una guardia de Medicina Interna, que contribuirá a completar el siempre corto período formativo en este Servicio.

Durante la rotación en UCI, en trasplante hepático y en Cirugía (pudiendo prolongarse en este caso durante unos 2 meses más), podrán realizarse guardias especializadas, preferentemente, y con motivos eminentemente formativos, en detrimento de las guardias de

Medicina Interna. Es obligatoria la realización de estas guardias durante la rotación, siendo optativas las de Cirugía una vez terminada la misma y durante 2 meses más.

Desde febrero de 2007 iniciamos, a partir del segundo año de especialidad y con en objetivo principal de completar la formación especializada de los residentes del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca guardias de la Especialidad de Aparato Digestivo. Las guardias se realizan bajo la tutela del facultativo de guardia de especialidades, último responsable de los enfermos ingresados a cargo de especialidades médicas durante la guardia, y bajo la supervisión del facultativo de guardia localizada de endoscopias, disponible para consultas y con quien obligatoriamente se tendrá que contar en las endoscopias. La fluidez de comunicaciones entre nosotros que permite un seguimiento muy cercano permitirá al residente contactar con toda facilidad con el adjunto localizado, realizar toda la endoscopia urgente, y atender situaciones emergentes que surjan en enfermos con enfermedades digestivas

TAREAS ESPECÍFICAS DE LA GUARDIA DE APARATO DIGESTIVO:

- a. Primera llamada para incidencias de pacientes ingresados a cargo de Digestivo.
- b. Primera llamada para endoscopia digestiva. Una vez valorado el caso se contactará con el adjunto de guardia localizada para la realización de la endoscopia si procede, SIEMPRE CON LA PRESENCIA DEL MÉDICO ADJUNTO LOCALIZADO PARA ENDOSCOPIAS.
- c. El residente valorará los pacientes considerados de ingreso para los facultativos de Urgencias. Una vez realizada la historia clínica y exploraciones complementarias por parte de éste Servicio, hará la historia clínica del ingreso, valorará realización de endoscopia urgente, formulará el ingreso hospitalario, y solicitará las exploraciones complementarias necesarias.
- d. Ante un paciente valorado en Urgencias, el residente podrá decidir su ingreso, alta definitiva, o alta con reevaluación en su consulta específica en el plazo que considere oportuno.
- e. En fases de inactividad el residente dará prioridad a hojas de interconsulta pendientes de pacientes ingresados.

El programa de guardias de digestivo ha sido evaluado muy positivamente por residentes y plantilla, y aceptado oficialmente por la dirección médica del Centro a finales de 2007.

El número actual de guardias por residente son:

- **R1:** 7 primeros meses: 5-6 guardias en el Servicio de Urgencias. 5 meses restantes; 1 de Medicina Interna y 4-5 guardias de Urgencias.
- **R2:** 2 Guardias de Medicina Interna, 2 guardias de Urgencias y 1 guardia de Digestivo.
- **R3:** 2 Guardias de Medicina Interna, 2 Guardias de Aparato Digestivo y 1 guardia de Urgencias.
- **R4:** 2 guardias de Medicina Interna y 3 guardias de Aparato Digestivo.

***PLAN ESPECÍFICO DE FORMACIÓN Y ROTACIONES
DOCENTES.***



PLAN GENERAL DE ROTACIONES DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO

	1^{er} trimestre	2^o trimestre	3^{er} trimestre		4^o trimestre
MIR-1	MEDICINA INTERNA	MEDICINA INTERNA	PLANTA DIGESTIVO		ENDOSCOPIAS (Básico)
MIR-2	ENDOSCOPIAS (Básico)	RADIODIAGNÓSTICO	UCI	CIRUGÍA	PLANTA DIGESTIVO
MIR-3	PLANTA DIGESTIVO	ENDOSCOPIA AVANZADA/MOTILIDAD	HEPATOLOGÍA Y TRASPLANTE HEPÁTICO		ENDOSCOPIA MANOMETRÍA CAPSULOENDOSCOPIA ENDOSCOPIA AVANZADA
MIR-4	ENDOSCOPIA AVANZADA CPRE USE/ECO CONSULTA	PLANTA DIGESTIVO CPRE/USE/ECO CONSULTA	CONSULTA/CPRE USE		- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA - PERFECCIONAMIENTO EN DIVERSAS TÉCNICAS - PAPEL DE ADJUNTO. - CPRE.

INTRODUCCIÓN AL PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

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

El la zona de Hospitalización de Aparato Digestivo, en la que el Residente rotará durante 3 meses, se encargará de los pacientes de Digestivo siempre bajo la supervisión constante del adjunto de referencia. Durante éste periodo se familiarizará con el manejo general de los pacientes que más frecuentemente encontramos en nuestra planta. En esta fase podrá iniciarse en la historia clínica digestiva y en técnicas sencillas como la paracentesis diagnóstica. El control general del enfermo hospitalizado se hará siempre con la supervisión presencial, directa y fehaciente (en documentos escritos) del adjunto.

Finalmente, el año se completará con una rotación en endoscopia digestiva. Para estos primeros 3 meses de endoscopia, que se seguirán de otros 3, ya de R2, el objetivo es la realización prácticamente autónoma de endoscopia digestiva alta y baja (preferentemente rectosigmoidoscopia) con toma de biopsia. No se puede descuidar la atención sobre la limpieza y cuidado del instrumento de trabajo esencial del endoscopista: el endoscopio. El funcionamiento de lavadoras y las normas mínimas de higiene y cuidados de la tecnología que manejamos es esencial es esta fase de la especialización.

El residente participará en todas las sesiones de la Unidad a partir de la segunda mitad del año, y en todas las de Medicina Interna durante la primera mitad. Mantendrá un contacto permanente con el tutor, al menos una entrevista trimestral y será incluido en diversas líneas de investigación de las que tenemos actualmente en marcha en nuestra sección.

A continuación se detallan cada una de las rotaciones que el residente realizará durante este año.

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA (R-1)

- La rotación por éste Servicio tendrá una duración de 6 meses, primeros dos trimestres de la residencia.
- No podemos perder la perspectiva de que los pacientes de Aparato Digestivo son pacientes de Medicina, con un manejo general en planta muy similar. Además, nuestros pacientes presentan otras patologías que tenemos que ser capaces de tratar y diagnosticar sin recurrir a otros especialistas. La patología médica en general excluyendo la patología digestiva es el objetivo esencial de esta rotación. El residente intencionadamente evitará ver pacientes digestivos, a los que irá dirigida su formación específica, con atención en planta esencialmente a pacientes con otras patologías.
- Se trata de una rotación en la que se persigue conseguir el manejo básico del paciente médico, esencialmente de los grandes síndromes de Medicina Interna, con práctica del diagnóstico diferencial, así como actuación en las diferentes urgencias médicas en planta.
- **OBJETIVOS**
 - **Historia clínica en Medicina Interna, realización de la historia clínica y diagnóstico diferencial de cada enfermo ingresado a nuestro cargo, con el posterior comentario crítico con el adjunto de referencia.**
 - **Tratamientos de pacientes ingresados con patología frecuente. Al final de la rotación el residente será capaz de tratar de forma autónoma cuestiones básicas Medicina Interna como la EPOC, Insuficiencia cardiaca y cardiopatía isquémica, Insuficiencia renal aguda y crónica, Infecciones en general (Neumonías, infecciones urinarias, sepsis), tratamiento general del Shock de diversa etiología, manejo de pacientes pluripatológicos etc...**
 - **Nociones del manejo general del paciente ingresado, gestión de camas, derivación a consultas externas para completar estudios.**
 - **Participación en protocolos de investigación con pacientes ingresados.**
 - **Presentación de pacientes en las sesiones clínicas, participación activa en las discusiones de lo problemas clínicos que se presentan.**
 - **Técnicas básicas en Medicina Interna: Toracocentesis diagnóstica y terapéutica, punción lumbar, artrocentesis etc.**

- **Indicaciones de las diversas exploraciones complementarias para cada caso.**
- **Elaboración de informes, burocracia médica y médico-legal del paciente ingresado.**
- **Se trabajará la relación médico-paciente y médico-familiares, gestión de la información clínica, secreto profesional etc.**

→ **BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA**

- HARRISON, Principios de Medicina Interna, 16ª edición.

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR LA PLANTA DE APARATO DIGESTIVO-1 (R-1)

- La rotación por éste Servicio tendrá una duración de 3 meses, Enero-Marzo del primer año de Residencia.
- Tras la rotación por Medicina Interna, el residente realizará una primera aproximación al paciente ingresado por patología digestiva, con aprendizaje del manejo e historia clínica específica.
- **OBJETIVOS TEÓRICOS.**
 - Conocimiento de la anatomía y patología básica del tracto digestivo.
 - Conocimiento de la anatomía y patología básica de la glándula pancreática.
 - Conocimiento clínico de los trastornos funcionales digestivos y de los trastornos motores digestivos con capacidad para conocer las indicaciones, contraindicaciones e interpretar las principales pruebas funcionales digestivas.
 - Conocimiento clínico de las enfermedades relacionadas con el ácido, con la infección por H. pylori y con la toma de antiinflamatorios no esteroideos.
 - Capacidad para la orientación diagnóstica en la patología oncológica del tracto gastrointestinal.
 - Conocimiento clínico de la patología pancreática aguda y crónica con capacidad para orientar las exploraciones diagnósticas. Capacidad para la orientación diagnóstica en la patología pancreática tumoral
 - Conocimiento clínico y capacidad para la orientación diagnóstica ante un cuadro de diarrea, con su definición y caracterización. Capacidad para sentar el tratamiento.
 - Conocimiento de la anatomía y patología básica del hígado y del sistema biliar.
 - Conocimiento clínico de las principales causas de hepatopatía crónica con criterio para iniciar un diagnóstico diferencial racional.
 - Reconocimiento de las principales complicaciones de la cirrosis hepática y su tratamiento: fallo hepático fulminante, encefalopatía hepática, peritonitis bacteriana espontánea, síndrome hepatorenal, hemorragia por varices esofágicas. Enfoque diagnóstico terapéutico.
 - Adquirir conocimientos en patología del tracto biliar, su anatomía, fisiopatología y patología concreta.
 - Conocimiento y tratamiento de las posibles complicaciones sépticas de los pacientes ingresados (abscesos, septicemias, colangitis...) con

reconocimiento de las situaciones de gravedad. Uso racional de la antibioterapia.

- Adquirir conocimientos de manejo de fluidos y conocer la adecuación de los balances líquidos y energéticos de los pacientes.

→ **OBJETIVOS PRÁCTICOS.**

- **Historia clínica en Aparato Digestivo, realización de la historia clínica y diagnóstico diferencial de cada enfermo ingresado a nuestro cargo, con el posterior comentario crítico con el adjunto de referencia.**

- **Nivel R1:**

- Reconocer las características del dolor abdominal, con descripción completa del mismo en todos sus aspectos.
- Diferenciar un abdomen agudo de dolor abdominal no urgente.
- Diferenciar hemorragia alta y baja.
- Evaluación de la ictericia. Diagnóstico diferencial entre causas médicas y quirúrgicas.
- Historia clínica y familiar en. EII, enfermedad ulcerosa, enfermedades hepáticas y tumores gastrointestinales.
- Adecuada y completa recogida de antecedentes familiares.

- **Exploración física:**

- **Nivel R1:**

- Elaborar una exploración clínica completa a un paciente.
- Capacidad de realización de una adecuada exploración por aparatos.
- Capacidad para realizar una exploración proctología adecuada reconociendo lesiones a la inspección y adquiriendo habilidades para la realización en interpretación del tacto rectal y de la anoscopia.
- Datos de enfermedad hepática crónica precoces y tardíos.
- Signos de hipertensión portal.
- Manifestaciones cutáneas y articulares de las enfermedades digestivas.
- Exploración abdominal determinando distensión abdominal, visceromegalias y ruidos abdominales.

- **Tratamientos de pacientes ingresados con patología frecuente. Al final de la rotación el residente será capaz de tratar de forma autónoma cuestiones básicas de gastroenterología y Hepatología como la Hemorragia digestiva alta, Pancreatitis aguda leve-moderada, descompensación hídrica en la cirrosis hepática, hemorragia por varices esofágicas, estudio de extensión de neoplasias etc...**
- **Nociones del manejo general del paciente ingresado, gestión de camas, derivación a consultas externas para completar estudios.**
- **Participación en protocolos de investigación con pacientes ingresados.**
- **Presentación de pacientes en las sesiones clínicas de los martes, participación activa en las discusiones de los problemas clínicos que se presentan. Fundamentación con bibliografía de sus decisiones.**
- **Conocimiento de las indicaciones y contraindicaciones de los procedimientos diagnósticos relacionados con la especialidad.**
 - En general, se trata de adquirir los conocimientos adecuados para solicitar la prueba diagnóstica más racional en cada momento.
 - Capacidad para la indicación racional en la solicitud de exploraciones analíticas o de laboratorio.
 - Conocimiento de las indicaciones, contraindicaciones e interpretación de la endoscopia digestiva alta y baja.
 - Capacidad para la indicación racional e interpretación de la radiología baritada: estudio gastroduodenal, tránsito intestinal y enema opaco.
 - Capacidad para la indicación racional de ecografía, resonancia magnética y colangiografía).
- **Contribución a la elaboración y actualización de los protocolos clínicos del Servicio especialmente relacionados con la asistencia en planta.**
- **Habilidades técnicas: Paracentesis diagnóstica y terapéutica, inserción de sondas nasogástricas y rectales.**
- **Aprendizaje de la metodología científica y de la medicina basada en la evidencia.**
 - Iniciación en la filosofía de la medicina basada en la evidencia
 - Conocimiento y comprensión de los niveles de evidencia.

- Introducción en las nuevas herramientas de búsquedas a través de Internet.
- Introducción en el conocimiento de la recuperación de la información a través de Internet
- **Priorización: Ser capaz de priorizar los problemas esenciales de un paciente.**
 - Deberá saber organizarse un día de trabajo.**
 - Aprenderá los límites de sus conocimientos y cuando preguntar.**
- **Profesión:**
 - Mantener la credibilidad y nivel de relaciones médico-paciente con familiares y pacientes.
 - Demostrar consideración con las opiniones y habilidades de sus colegas.
 - Asistencia y participación a los pases de planta y sesiones del Servicio.
 - Credibilidad y adecuado nivel de relaciones con personal de enfermería y auxiliar.
 - Honestidad, fiabilidad y actitud colaboradora con pacientes y familiares.
 - Demostrar respeto, compasión e integridad.
 - Demostrar consideración hacia la cultura, religión, sexo, edad y deseos de sus pacientes.
 - Conocer sus errores y trabajar por mejorarlos.

PROGRAMA CONCRETO DE TRABAJO

1. El residente de Digestivo tiene a su cargo a TODOS los enfermos ingresados. Si hay dos adjuntos en planta se le facilitará el adecuado conocimiento de todos los pacientes, y hará un seguimiento diario de los pacientes con problemas digestivos más relevantes (dejando los que manejo más rutinarios como pendientes de exploraciones complementarias para estadificación de neoplasias, pendientes de cirugías etc...) para evaluación por parte únicamente del adjunto, en caso de que el volumen de pacientes sea excesivo.
2. El residente deberá elaborar, si es posible y como prioridad, TODOS LOS INGRESOS, con una historia clínica completa y diagnóstico diferencial que consultará posteriormente y corregirá con el adjunto de referencia.
3. El residente podrá elaborar informes de alta, siempre y cuando en los mismos se identifique con claridad y fehacientemente (nombre y firma siempre) la supervisión de su adjunto de referencia.

4. El residente tendrá aproximadamente el siguiente horario:

HORA	TAREA
8.15-8.30	Valoración de los ingresos. Auto elaboración del plan de trabajo.
8.30-9.15	Sesión clínica/Actividades de formación para residentes.
9.15-11.00	Ingresos. Historia, plan de asistencia y solicitud de pruebas.
11.00-11.30	Desayuno-café
11.30-13.00	Visita a pacientes encamados/con necesidades especiales.
13.00-14.00	Elaboración de informes. Burocracia de planta.
14.00-15.00	Estudio en base a casos ingresados. Consultas con adjunto de referencia.

El horario será flexible en función de las necesidades formativas del residente. Cuando se cumplan todas las tareas propuestas, el residente podrá bajar a la Unidad de Endoscopias a colaborar en la realización de las técnicas que ya domina o practicar la ecografía abdominal en la planta de digestivo. Las necesidades docentes prevalecerán en cualquier caso sobre otras prioridades en las labores del residente.

→ **BIBLIOGRAFÍA:**

- Schiff's Diseases of The Liver. Tenth Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia 2007.
- Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 8th Edition. Saunders Elsevier. Philadelphia 2006.
- Revistas de consulta obligada disponibles en la web del hospital: Gastroenterology, Gut, New England Journal of Medicine (seminal), Journal of Hepatology, Hepatology, The American Journal of Gastroenterology.

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA BÁSICA (R-1)

- La rotación por éste Servicio tendrá una duración de 6 meses, del primer año de Residencia.
- La endoscopia digestiva supuso el inicio de nuestra especialidad como tal, siendo por ello una de las labores esenciales del especialista en Aparato Digestivo.
- La rotación supone una primera aproximación a la endoscopia digestiva, con estudio específico de sus fundamentos.

- **OBJETIVOS**
 - **Realización de endoscopia digestiva alta diagnóstica con biopsias sencillas.**
 - **Aprendizaje de la técnica de la rectosigmoidoscopia con biopsias. Inicio en la técnica de colonoscopia.**
 - **Aprendizaje del funcionamiento, cuidados e higiene básica de los endoscopios, manejo de las diferentes lavadoras disponibles. Lavado a mano. Cuidados especiales en pacientes con enfermedades infecto-contagiosas.**
 - **Conocimientos acerca de las indicaciones de endoscopia digestiva alta y baja Urgentes. Conocimiento preciso de las contraindicaciones a la misma. Adquisición del algoritmo diagnóstico del paciente con hemorragia digestiva alta.**
 - **Manejo clínico de las complicaciones elementales de la endoscopia digestiva (Síncope vasovagal, perforaciones, parada cardiorrespiratoria). Manejo y revisión del carro de parada de la Sección.**
 - **Interpretación de imágenes endoscópicas elementales. Diferenciación de patología benigna y maligna.**
 - **Toma de biopsias en endoscopia digestiva. Técnica, número, localizaciones y normas básicas de seguridad.**
 - **El residente se familiarizará y actuará como ayudante en procedimientos endoscópicos complejos terapéuticos.**
 - **Profilaxis de endocarditis bacteriana. Manejo del paciente en tratamiento antiagregante y anticoagulante.**

PROGRAMA CONCRETO DE TRABAJO

5. El residente se incluirá en el horario de trabajo diario de una de las salas de endoscopia, normalmente a la sala 1 de endoscopia convencional, o a la n°2

cuando en esta se realicen procedimientos convencionales. Se integrará en el equipo de trabajo realizando procedimientos endoscópicos desde un nivel básico, normalmente sin trascender los objetivos propuestos, aunque individualmente y a criterio del adjunto supervisor podrá asumir otras tareas. En esta rotación la supervisión será directa, no iniciando ningún procedimiento sin la presencia en la misma sala del adjunto de referencia.

6. Establecerá una relación fluida con el personal de enfermería, con el que deberá aprender el adecuado cuidado, procesado y almacenamiento de los endoscopios. Asimismo deberá conocer la ubicación del utillaje endoscópico, medicación y otro material fungible en nuestra Unidad. Esta labor la realizará siempre y cuando no haya procedimientos endoscópicos activos en la Unidad.
7. El residente podrá elaborar informes de endoscopias, preferentemente con supervisión fehaciente (firmada) por parte del adjunto.
8. El final de la mañana, normalmente con escasa actividad endoscópica, estará dedicado especialmente al estudio y participación en protocolos de investigación.

HORA	TAREA
8.15-8.30	Estudio de citación en la Unidad y reparto del trabajo con otros residentes que roten en la Unidad
8.30-9.15	Sesión clínica/Actividades de formación para residentes.
9.15-11.00	Endoscopia
11.00-11.30	Desayuno-café
11.30-14.00	Endoscopia
14.00-15.00	Estudio/Participación en la resolución de interconsultas hospitalarias/Investigación.

→ **BIBLIOGRAFÍA:**

- Cotton P, Williams CB. Practical Gastrointestinal Endoscopy. The Fundamentals. 2007
- Gastrointestinal Endoscopy (Especialmente trabajos de revisión, disponible en la Web del Hospital)
- Endoscopy. Thieme-Connect.
- Wilcox CM. Atlas of Clinical Gastroenterology. 2ª Ed. Saunders 2007.
- Soehendra N Therapeutic Endoscopy. Geroge Thieme Verlag Ed. 2005.
- Vázquez-Iglesias JL. Endoscopia Digestiva Diagnóstica y Terapéutica. Ed. Panamericana. 1ª Ed. 2008.

INTRODUCCIÓN AL SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

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

Se inicia este año formativo continuando la rotación en endoscopia básica que ya comenzó al final de su primer año, en este momento ya con autonomía para la realización de la endoscopia alta diagnóstica y de la rectosigmoidoscopia. El estudio de protocolos, indicaciones, profilaxis, métodos de sedación consciente, control del paciente durante la exploración etc. son una parte esencial que trasciende lo puramente técnico.

En un segundo período el residente rotará por el servicio de radiodiagnóstico de nuestro hospital, a don de formarse en ecografía abdominal. La rotación, de 3 meses, estará especialmente enfocada a esta técnica, si bien se contempla como objetivo secundario la interpretación de otras pruebas íntimamente relacionadas con la especialidad, como la TAC o la RMN, con aplicaciones íntimamente relacionadas con el Aparato Digestivo. La ecografía abdominal es una técnica contemplada como de nivel 1 que, por tanto, todo especialista debe realizar con soltura.

Un tercer período de tres meses se dividirá entre una rotación de 2 meses en la Unidad de Cuidados Intensivos, en el que el residente se centrará en la atención a pacientes críticos, adquiriendo habilidades en la canalización de vías venosas centrales, RCP avanzada (aconsejamos realizar un curso previo que imparte la propia unidad, antes de la rotación) y en cómo controlar a pacientes, especialmente con enfermedades digestivas, en situaciones críticas. De aquí el residente pasará al Servicio de Cirugía General en el que dedicará un mes especialmente a participar en la actividad quirúrgica y asomarse “en directo” al objeto fundamental de nuestra especialidad: la cavidad abdominal. En este periodo (y pudiendo ampliarlo uno o dos meses más) el residente realizará guardias de Cirugía, a fin de familiarizarse con la patología abdominal quirúrgica urgente.

Finalmente, continuando con la progresiva adquisición de autonomía clínica, el residente completará un período formativo de 6 meses, 3 de ellos correspondientes al segundo año de su residencia, al final de los que podrá desenvolverse con cierta soltura en los aspectos fundamentales de un gastroenterólogo básico.

A continuación se detallan los objetivos docentes de cada una de las rotaciones de éste período (excluyendo los períodos en los que se pisan el primer y segundo año, a cuyo contenido nos remitimos).

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

- La rotación por éste Servicio tendrá una duración de 3 meses, de Octubre a Diciembre del segundo año de Residencia
- **OBJETIVO PRINCIPAL:** Adquirir los conocimientos para la realización de forma autónoma de Ecografía Abdominal básica. Ello incluye:
 - **Diagnóstico y valoración de hepatopatías crónicas y sus complicaciones.**
 - **Ecografía de vías biliares y páncreas.**
 - **Valoración ecográfica de procesos inflamatorios y neoformativos del tubo digestivo.**
 - Estudios de extensión de neoplasias.
 - Ecografía doppler y ecografía con contraste.
 - Observación de la metodología de la ecografía intervencionista (PAAF, alcoholización de tumores etc.)
- **OBJETIVOS ADICIONALES:** En los momentos en los que no se esté realizando ecografía abdominal, el residente podrá completar su formación con otros aspectos:
 - Valoración de la anatomía y lesiones fundamentales en TAC o RMN.
 - Valoración de placas y estudios dinámicos de ecografía baritada del tubo digestivo.
 - Valoración de imágenes de vías biliares en la Colangiografía-RMN.
- **BIBLIOGRAFÍA:**
 - **Segura JM. Ecografía Abdominal. Ed. Norma Madrid 1996**
 - **Abdominal Imaging (Revista disponible en la intranet del Hospital)**

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR EL SERVICIO DE UCI

- La rotación por éste Servicio tendrá una duración de 2 meses, enero y febrero, del segundo año de Residencia.
- El residente suprimirá durante la rotación las guardias en el servicio de Medicina Interna para integrarse a hacer guardias con los adjuntos de la UCI.

- **OBJETIVOS:**
 - **Aprendizaje de las técnicas de canalización de diferentes tipos de vías centrales.**
 - **Manejo general del enfermo crítico, protocolos de funcionamiento en una UCI.**
 - **Manejo especial de pacientes agudos digestivos: Pancreatitis aguda grave, hemorragia digestiva grave y urgencias abdominales.**
 - **Manejo especial de pacientes con shock hipovolémico, empleo de drogas vasopresoras y de expansores de volumen.**
 - **Criterios de ingreso en UCI de pacientes digestivos, toma de decisiones en cuanto al tipo de pacientes y el momento de ingreso.**
 - **Ritmo de trabajo en la UCI. Organización de sesiones y presentación de los pacientes críticos. Trabajo en guardias (en las que participará) de UCI. Práctica de la reanimación cardiopulmonar (El residente asistirá al curso de RCP impartido por la UCI durante el primer año de residencia)**

- **BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA**
 - **HARRISON, Principios de Medicina Interna, 16ª edición.**
 - **Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 8th Edition. Saunders Elsevier. Philadelphia 2006.**

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL (R-2)

- La rotación por éste Servicio tendrá una duración de 1 mes.
- El residente suprimirá durante la rotación las guardias en el servicio de Medicina Interna para integrarse a hacer guardias con los adjuntos de Cirugía General.
- La parte central de la rotación será el quirófano, donde el residente observará casos de Cirugía Abdominal, familiarizándose con el tratamiento quirúrgico de diversos procesos abdominales.

→ **OBJETIVOS:**

- **Abdomen agudo: Diagnóstico diferencial. Indicaciones y momento de Cirugía.**
- **Manejo general del enfermo quirúrgico, protocolos de funcionamiento en un Servicio de Cirugía.**
- **Manejo especial de pacientes agudos quirúrgicos: Pancreatitis aguda grave, hemorragia digestiva grave y urgencias abdominales.**
- **Manejo especial de pacientes con neoplasias digestivas susceptibles de tratamiento quirúrgico.**
- **Criterios de traslado a Cirugía de pacientes digestivos, toma de decisiones en cuanto al tipo de pacientes y el momento de ingreso.**
- **Ritmo de trabajo en quirófano. Organización de sesiones y presentación de los pacientes quirúrgicos. Trabajo en guardias (en las que participará) de Cirugía. Práctica de procesos quirúrgicos menores. Control de infecciones en Cirugía**

→ **BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA**

- **HARRISON, Principios de Medicina Interna, 16ª edición.**
- **Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 8th Edition. Saunders Elsevier. Philadelphia 2006.**
- **Schwartz Principles of Surgery. 8th edition. Brinibaldi F.C. Ed. Mc Graw Hill. October 2004.**

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR LA PLANTA DE APARATO DIGESTIVO-2 (R-2; R-3)

- La rotación por éste Servicio tendrá una duración de 6 meses.
- El residente debe adquirir durante esta rotación una perfecta independencia en el manejo del paciente en planta, debe indicar adecuadamente las exploraciones complementarias e intervenciones quirúrgicas. Es deseable que el residente domine a la perfección la burocracia de la planta, informes de alta, hojas de tratamiento etc., manteniendo un orden estricto de la historia clínica.
- El residente debe presentar la sesión de los martes, especialmente pacientes controvertidos o susceptibles de discusión. Debe realizar adecuadamente el diagnóstico diferencial de estos pacientes.

→ OBJETIVOS

- **Historia clínica en Aparato Digestivo, realización de la historia clínica y diagnóstico diferencial de cada enfermo ingresado a nuestro cargo, con el posterior comentario crítico con el adjunto de referencia.**

- **Nivel R1:**

- Reconocer las características del dolor abdominal, con descripción completa del mismo en todos sus aspectos.
- Diferenciar un abdomen agudo de dolor abdominal no urgente.
- Diferenciar hemorragia alta y baja.
- Evaluación de la ictericia. Diagnóstico diferencial entre causas médicas y quirúrgicas.
- Historia clínica y familiar en. EII, enfermedad ulcerosa, enfermedades hepáticas y tumores gastrointestinales.
- Adecuada y completa recogida de antecedentes familiares.

- **Nivel R2.**

- **Indicaciones clínicas, contraindicaciones e interés clínico en la realización de:**
 - Endoscopia digestiva alta y baja.
 - CPRE
 - Manometría y pHmetría esofágica.
 - Tratamientos endoscópicos para la hemorragia digestiva.
 - Biopsia hepática.
 - Interpretación de datos de laboratorio: Estudios de enfermedad hepática completos, radiología

baritada gastrointestinal, ECO abdominal, TAC abdominal, Estudios de Medicina Nuclear aplicados al Aparato Digestivo, RMN, Biopsia hepática, capsuloendoscopia.

- **Manejo de la bibliografía relativa a MBE en nuestra especialidad. Especialmente en el manejo de las complicaciones de las enfermedades hepáticas terminales (encefalopatía, ascitis, hemorragia varicosa, síndrome hepatorenal etc...)**
 - **Evaluación completa de pacientes que se remitan para trasplante hepático.**
- **Exploración física:**
 - **Nivel R1:**
 - Elaborar una exploración clínica completa a un paciente.
 - Datos de enfermedad hepática crónica precoces y tardíos.
 - Signos de hipertensión portal.
 - Manifestaciones cutáneas y articulares de las enfermedades digestivas.
 - Exploración abdominal determinando distensión abdominal, visceromegalias, ruidos abdominales y tacto rectal.
 - **Nivel R2:**
 - Exploración digestiva completa al máximo nivel, con determinación de gravedad de la ascitis y monitorización de procesos abdominales o complicaciones extradigestivas de procesos digestivos
 - **Tratamientos de pacientes ingresados, diagnóstico diferencial de cada paciente y algoritmo de manejo según la sospecha inicial. Aprender a elaborar un plan de asistencia (planificación de diagnóstico y tratamiento)**
 - **Nociones del manejo general del paciente ingresado, gestión de camas, derivación a consultas externas para completar estudios.**
 - **Diagnóstico diferencial, con estudio profundo de los temas de la especialidad que conciernen de forma más precisa al paciente ingresado.**
 - **Participación en protocolos de investigación con pacientes ingresados.**
 - **Presentación de pacientes en las sesiones clínicas de los martes, participación activa en las discusiones de los problemas clínicos que se presentan. Fundamentación con bibliografía de sus decisiones.**
 - **Indicaciones de las diversas exploraciones complementarias digestivas y radiológicas para cada caso.**

- **Contribución a la elaboración y actualización de los protocolos clínicos del Servicio especialmente relacionados con la asistencia en planta.**
- **Priorización: Ser capaz de priorizar los problemas esenciales de un paciente.
Deberá saber organizarse un día de trabajo.
Aprenderá los límites de sus conocimientos y cuando preguntar.**
- **Profesión:**
 - **Además de los contemplados para el nivel R1:**
 - Demostrar iniciativa y liderazgo.
 - Capacidad de delegar.
 - Compromiso con principios éticos que rigen la asistencia sanitaria, confidencialidad y consentimiento informado.
 - Compromiso con el desarrollo de su carrera profesional.

PROGRAMA CONCRETO DE TRABAJO

9. El residente de Digestivo tiene a su cargo a TODOS los enfermos ingresados. Si hay dos adjuntos en planta se le facilitará el adecuado conocimiento de todos los pacientes, y hará un seguimiento diario de los pacientes con problemas digestivos más relevantes (dejando los que manejo más rutinarios como pendientes de exploraciones complementarias para estadificación de neoplasias, pendientes de cirugías etc...) para evaluación por parte únicamente del adjunto, en caso de que el volumen de pacientes sea excesivo.
10. El residente deberá elaborar, si es posible y como prioridad, TODOS LOS INGRESOS, con una historia clínica completa y diagnóstico diferencial que consultará posteriormente y corregirá con el adjunto de referencia. A partir de ella elaborará, con la aprobación posterior del adjunto, un plan de diagnóstico y tratamiento de cada paciente.
11. El residente podrá elaborar informes de alta, siempre y cuando en los mismos se identifique con claridad y fehacientemente (nombre y firma siempre) la supervisión de su adjunto de referencia.
12. El residente tendrá aproximadamente el siguiente horario:

HORA	TAREA
8.15-8.30	Valoración de los ingresos. Auto elaboración del plan de trabajo.
8.30-9.15	Sesión clínica/Actividades de formación para residentes.
9.15-11.00	Ingresos. Historia, plan de asistencia y solicitud de pruebas.
11.00-11.30	Desayuno-café
11.30-13.00	Visita a pacientes encamados/con necesidades especiales.
13.00-14.00	Elaboración de informes. Burocracia de planta.
14.00-15.00	Estudio en base a casos ingresados. Consultas con adjunto de referencia.

El horario será flexible en función de las necesidades formativas del residente. Cuando se cumplan todas las tareas propuestas, el residente podrá bajar a la Unidad de Endoscopias a colaborar en la realización de las técnicas que ya domina o practicar la ecografía abdominal en la planta de digestivo. Las necesidades docentes prevalecerán en cualquier caso sobre otras prioridades en las labores del residente.

→ **BIBLIOGRAFÍA:**

- Shiff's Diseases of The Liver. Tenth Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia 2007.
- Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 8th Edition. Saunders Elsevier. Philadelphia 2006.
- Zakim-Boyer. Hepatology. Disponible en última edición online para los residentes del Servicio.
- Revistas de consulta obligada disponibles en la web del hospital: Gastroenterology, Gut, New England Journal of Medicine (semanal), Journal of Hepatology, Hepatology, The American Journal of Gastroenterology.

INTRODUCCIÓN AL TERCER AÑO DE RESIDENCIA

Se inicia este periodo con la continuación de la rotación básica, como es la de la Hospitalización de Aparato Digestivo, donde completará los esenciales conocimientos clínicos adquiridos en los dos años anteriores. De acuerdo con el tutor de Residentes y los adjuntos en planta se debe hacer hincapié en aquellos aspectos que el residente considere más pobres de su formación hasta este momento.

Posteriormente, el residente realizará una rotación en endoscopia avanzada, donde además de perfeccionar procedimientos diagnósticos, debe centrarse en la terapéutica, especialmente en la polipectomía, terapia de la hemorragia digestiva, dilataciones etc. El residente deberá empezar a realizar duodenoscopia, técnica que también debería dominar al final de la residencia. Finalmente, la programación en endoscopias le permitirá iniciarse en manometría digestiva, en esta fase especialmente en la esofágica.

Posteriormente comenzará la rotación externa más importante del período formativo, que consistirá en una estancia de 3 meses en un Centro con Unidad de Trasplante Hepático. Generalmente nuestros residentes rotan en el Hospital Gregorio Marañón, en el que los resultados formativos y el trato son proverbiales. Sin embargo, en casos individuales puede considerarse alguna otra alternativa. Las indicaciones, estudio pretrasplante y postrasplante inmediato son los objetivos principales. También rotará durante un mes en la Unidad de Agudos Digestivos de éste hospital, en la que se enfrentará a pacientes con hemorragia digestiva y otros procesos agudos frecuentes en nuestra práctica hospitalaria.

A su vuelta a nuestra Unidad, la formación versará esencialmente en endoscopia, durante 6 meses en los que se debe completar la habilidad en procedimientos eminentemente terapéuticos y técnicas especiales, como manometría o capsuloendoscopia. Al final de estos 6 meses, el residente estará ya bien adentrado en el cuarto año de la especialidad, en el que el objetivo es completar la formación y, durante los meses finales, actuar ya como un adjunto más del Servicio.

Seguidamente quedan reflejados los objetivos de cada rotación.

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA AVANZADA-1 (R-3)

- La rotación por Endoscopia Avanzada 1 tendrá una duración de 3 meses durante el tercer año de residencia.
- En esta rotación, el residente se centrará en procedimientos más complejos, como colonoscopia completa con ileoscopia, esclerosis de la hemorragia digestiva no varicosa, ligadura de varices esofágicas, tratamiento de lesiones vasculares con argón-gas, polipectomía endoscópica, duodenoscopia, participación en la inserción endoscópica de endoprótesis, gastrostomía endoscópica percutánea y otros procedimientos con carácter invasivo o terapéutico.
- Asimismo, se formará, al menos en sus nociones básicas, en estudios de motilidad digestiva, esencialmente manometría esofágica y anorrectal.

→ **OBJETIVOS**

- **Incluye los objetivos del nivel básico**
- **Realización de endoscopia digestiva alta y baja con toma de biopsias independientemente de la localización de las lesiones.**
- **Colonoscopia completa con ileoscopia.**
- **Tratamiento endoscópico completo de la hemorragia digestiva alta no varicosa. Escleroterapia y colocación de clips hemostáticos.**
- **Ligadura de varices esofágicas en pacientes sin hemorragia activa.**
- **Tratamiento con la sonda de argón en sus diversas indicaciones, que será capaz de establecer al final de la rotación.**
- **Polipectomía de colon.**
- **Duodenoscopia. Inicio en la maniobra de rectificación y enfrentamiento de la papila biliar.**
- **Actuación como ayudante en la inserción de prótesis autoexpandibles. Indicaciones, contraindicaciones y conocimiento de los tipos de prótesis y su liberación.**
- **Gastrostomía endoscópica percutánea. Actuación en los dos puestos médicos habituales. Cuidados postgastrostomía y control de complicaciones inmediatas y diferidas.**
- **Sedación consciente del paciente. Manejo de los fármacos habituales, monitorización y control durante la realización de procedimientos endoscópicos.**
- **Dilatación esofágica. Técnica y diversos sistemas de dilatación.**

- **Manometría esofágica:** Interpretación de trazados normales y principales patologías. Técnica de la exploración. Calibración y cuidado del equipo de manometría.
- **Manometría anorrectal:** Indicaciones médicas y quirúrgicas. Interpretación de trazados normales y patológicos. Técnica de la exploración. Conocimiento completo de la fisiología anorrectal y posibles alteraciones.
- **Ecografía endoanal.** Interpretación básica de las anomalías esfinterianas y patología periesfinteriana básica.
- **Al final de la rotación, el residente habrá completado, como mínimo, los requisitos indispensables recogidos en la siguiente tabla a lo largo de su período formativo hasta este momento.**

TABLA 1

Requerimientos mínimos de competencia para el nivel R2/R3. Endoscopia avanzada 1

Procedimiento	Número requerido
Gastroscofia	100
Con tratamiento de la hemorragia no varicosa	20 (10 con hemorragia activa Forrest Ia-Ib)
Dilatación esofágica	15 (Objetivo al finas de la residencia)
Rectosigmoidoscopia	25
Colonoscopia	100
Con polipectomía	20
PEG	10

PROGRAMA CONCRETO DE TRABAJO

13. El residente se incluirá en el horario de trabajo diario de una de las salas de endoscopia, normalmente la sala nº2. Se integrará en el equipo de trabajo tratando de abarcar todos los procedimientos incluidos en sus objetivos de cada mañana, cuyo orden pactará previamente con los adjuntos de referencia. Individualmente y a criterio del adjunto supervisor y en función del desarrollo de su formación, podrá asumir otras tareas, tanto en endoscopia básica como en endoscopia más avanzada. En esta rotación la supervisión será directa, no iniciando ningún procedimiento sin la presencia en la misma sala del adjunto de referencia, especialmente para procedimientos terapéuticos.
14. El residente podrá elaborar informes de endoscopias, siempre y cuando en los mismos se identifique con claridad la supervisión de su adjunto de referencia, que en cualquier caso aparecerá primero y como responsable esencial de la exploración.
15. El residente tendrá aproximadamente el siguiente horario:

HORA	TAREA
8.15-8.30	Estudio de citación en la Unidad y reparto del trabajo con otros residentes que roten en la Unidad
8.30-9.15	Sesión clínica/Actividades de formación para residentes.
9.15-11.00	CPRE/Prótesis/Manometría
11.00-11.30	Desayuno-café
11.30-14.00	Gastroscofia/colonoscopia terapéutica.
14.00-15.00	Estudio/Participación en la resolución de interconsultas hospitalarias/Investigación.

→ **BIBLIOGRAFÍA:**

- Cotton P, Williams CB. Practical Gastrointestinal Endoscopy. The Fundamentals. 2007
- Gastrointestinal Endoscopy (Especialmente trabajos de revisión, disponible en la Web del Hospital)
- Endoscopy. Thieme-Connect.
- Wilcox CM. Atlas of Clinical Gastroenterology. 2ª Ed. Saunders 2007.
- Soehendra N Therapeutic Endoscopy. Geroge Thieme Verlag Ed. 2005.
- Vazquez-Iglesias JL. Endoscopia Digestiva Diagnóstica y Terapéutica. Ed. Panamericana. 1ª Ed. 2008.

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR LA UNIDAD DE TRASPLANTE HEPÁTICO (R-3)

- La rotación por éste Servicio tendrá una duración de 3 meses.
- El residente debe adquirir durante esta rotación unos conocimientos adecuados en el control y tratamiento del paciente cirrótico que va a ser trasplantado, desde la decisión de incluirlo en lista hasta el cuidado del postrasplante tardío.
- Esta rotación tendrá lugar en un hospital de Madrid o Valencia con programa de trasplante hepático.
- **OBJETIVOS TEÓRICOS GENERALES.**
 1. Conocimiento de la evolución y complicaciones del post-trasplante inicial.
 2. Conocimiento de la evolución y complicaciones post-trasplante tardías.
 3. Aprendizaje de la evaluación del paciente candidato a trasplante hepático.
 4. Manejo de las complicaciones que presentan los pacientes con hepatopatías agudas o crónicas en evaluación o en lista de espera de trasplante hepático.
- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**
 - Período post-trasplante inicial
 - Aprender el manejo diagnóstico de los episodios de disfunción del injerto en el período post-trasplante inicial
 - Conocer el manejo de los episodios de rechazo agudo del injerto
 - Aprender el manejo de las complicaciones biliares en el período post-trasplante inicial
 - Aprender el manejo de las complicaciones infecciosas del paciente trasplantado
 - Manejo de las complicaciones extrahepáticas: diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia renal, complicaciones neuropsiquiátricas, entre las más frecuentes.
 - Aprender el manejo de los fármacos inmunosupresores, incluyendo el reconocimiento precoz de los efectos secundarios de los mismos.
 - Indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de las biopsias hepáticas percutáneas en los pacientes trasplantados. El residente deberá realizar, con supervisión directa, biopsias hepáticas en pacientes con disfunción del injerto.
 - Conceptos básicos de la inmunología del trasplante
 - Período post-trasplante tardío
 - Conocimiento de la evolución y complicaciones en consultas externas del paciente trasplantado.

- Conocimiento de las complicaciones que pueden precisar reingreso
- Manejo de la hepatitis vírica aguda y crónica, en particular las causadas por los virus de la hepatitis B y C, en los pacientes trasplantados.
- Inmunosupresión a largo plazo

Evaluación pre-trasplante

- Proceso de evaluación pre-trasplante. El residente debe haber participado en la evaluación, presentación y discusión en el comité de trasplante de candidatos potenciales a trasplante hepático
- Indicación de trasplante urgente en los pacientes con Insuficiencia hepática aguda grave

Manejo de las complicaciones en los pacientes en evaluación o en lista de espera activa de trasplante hepático

- Manejo de las complicaciones de los pacientes en evaluación o en lista de espera de trasplante hepático: ascitis refractaria e hidrotórax hepático, síndrome hepatorenal, síndrome hepatopulmonar e hipertensión portopulmonar, hemorragia digestiva por hipertensión portal. Familiarización con los principios e indicaciones del TIPS
- Familiarización con el uso de la radiología intervencionista en el diagnóstico y manejo de la hipertensión portal.

BIBLIOGRAFÍA:

- Schiff's Diseases of The Liver. Tenth Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia 2007.
- Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 8th Edition. Saunders Elsevier. Philadelphia 2006.
- Zakim-Boyer. Hepatology. Disponible en última edición online para los residentes del Servicio.
- Revistas de consulta obligada disponibles en la Web del hospital: Journal of Hepatology, Hepatology, Liver transplantation...

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA AVANZADA-2 (R-4)

- La rotación por Endoscopia Avanzada 2 tendrá una duración de 3 meses durante el tercer y cuarto año de residencia.
- En esta rotación, el residente se centrará en procedimientos más complejos, como colonoscopia con terapéutica, esclerosis de la hemorragia digestiva activa, ligadura de varices esofágicas con hemorragia activa, tratamientos argón-gas, duodenoscopia, participación en la inserción endoscópica de endoprótesis, gastrostomía endoscópica percutánea y otros procedimientos con carácter invasivo o terapéutico.
- La residente iniciará una aproximación básica a la ecoendoscopia. Para ello asistirá a estos procedimientos tratando de comprender al menos los procedimientos diagnósticos.
- En esta fase podrá realizar de forma autónoma estudios de motilidad digestiva, especialmente manometría esofágica, y deberá desarrollar autonomía completa en la anorrectal.

→ **OBJETIVOS**

- **Incluye los objetivos del nivel básico y avanzado 1, con especial atención a los procedimientos que se siguen.**
- **Tratamiento endoscópico completo de la hemorragia digestiva alta no varicosa activa. Manejo independiente y diferenciado de los diferentes métodos de hemostasia.**
- **Ligadura de varices esofágicas en pacientes con hemorragia activa.**
- **Polipectomía gástrica.**
- **Duodenoscopia. Inicio en la maniobra de rectificación y enfrentamiento de la papila biliar. Puede iniciar la canulación de la vía biliar.**
- **Actuación como ayudante y primer endoscopista en la inserción de prótesis autoexpandibles. Manejo independiente de las posibles complicaciones.**
- **Gastrostomía endoscópica percutánea. Actuación en los dos puestos médicos habituales. Cuidados postgastrostomía y control de complicaciones inmediatas y diferidas.**
- **Sedación consciente. Manejo de los fármacos habituales, monitorización y control durante la realización de procedimientos endoscópicos. Autonomía para el desarrollo de la sedación y el procedimiento concreto al mismo tiempo.**

- **Dilatación esofágica. Técnica y diversos sistemas de dilatación.**
- **Manometría esofágica: Desarrollo de la técnica con completa autonomía.**
- **Manometría anorrectal: Desarrollo de la técnica con completa autonomía.**
- **Otras técnicas funcionales: El residente tendrá conocimientos de indicaciones y desarrollo de otras técnicas, aunque éstas no se den en nuestra Unidad actualmente:**
 - **Gastroparesia.**
Etiología, criterios diagnósticos y tratamiento farmacológico.
 - **Incontinencia fecal.**
 - Causas y valoración objetiva.
 - Indicaciones, pautas de realización y efectividad del biofeedback.
 - Otras alternativas terapéuticas.
 - **PHmetría esofágica.**
 - Detección de reflujo ácido anormal.
 - Papel en el reflujo alcalino.
 - Importancia de los registros de pH a múltiple nivel.
 - Los índices sintomáticos.
 - **Manometría antroduodenal.**
Utilidad clínica real.
 - **Quimismo gástrico.**
Utilidad clínica real.
 - **Determinación de gastrinemia y prueba de la secretina.**
 - **Prueba del hidrógeno espirado.**
 - **Estudio del tiempo de tránsito colónico.**
 - **Manometría bilio-pancreática.**
Utilidad clínica y riesgos.
 - **Sondaje duodenal.**
 - **Videorradiografía.**
Estudio de la deglución en la disfagia orofaríngea.
Estudio de la defecación en el estreñimiento crónico y en la incontinencia fecal.

- **Gammagrafía dinámica.**

- Estudio del tránsito esofágico.**

- Estudio del vaciamiento gástrico.**

- Estudio de la dinámica vesicular.**

- Estudio del tránsito intestinal.**

- Estudio de la defecación.**

- **Ecografía endoscópica: Identificación de estructuras de forma autónoma, así como de las lesiones más relevantes. Estudios de extensión de neoplasias.**

- **Al final de la rotación, el residente habrá completado, como mínimo, los requisitos indispensables recogidos en la siguiente tabla a lo largo de su período formativo hasta este momento.**

TABLA 2

Guía de formación endoscópica en procedimientos avanzados

Procedimiento	Número requerido
CPRE	Número suficiente sobre los mínimos requeridos
Ecoendoscopia	100 (al menos un 50% de estadificación de tumores biliopancreáticos)

PROGRAMA CONCRETO DE TRABAJO

16. El residente se incluirá en el horario de trabajo diario de una de las salas de endoscopia, normalmente la sala nº2. Se integrará en el equipo de trabajo tratando de abarcar todos los procedimientos incluidos en sus objetivos de cada mañana, cuyo orden pactará previamente con los adjuntos de referencia. Individualmente y a criterio del adjunto supervisor y en función del desarrollo de su formación, podrá asumir otras tareas, tanto en endoscopia básica como en endoscopia más avanzada. El residente podrá iniciar procedimientos diagnósticos sin la presencia directa del adjunto que, no obstante deberá estar en la Unidad y al tanto de la exploración que se está realizando y sus características.
17. El residente podrá elaborar informes de endoscopias, siempre y cuando en los mismos se identifique con claridad la supervisión de su adjunto de referencia, que en cualquier caso aparecerá primero y como responsable esencial de la exploración.
18. El residente tendrá aproximadamente el siguiente horario:

HORA	TAREA
8.15-8.30	Estudio de citación en la Unidad y reparto del trabajo con otros residentes que roten en la Unidad
8.30-9.15	Sesión clínica/Actividades de formación para residentes.
9.15-11.00	CPRE/Prótesis/Manometría
11.00-11.30	Desayuno-café
11.30-14.00	Gastroscofia/colonoscopia terapéutica.
14.00-15.00	Estudio/Participación en la resolución de interconsultas hospitalarias/Investigación.

→ **BIBLIOGRAFÍA:**

- Cotton P, Williams CB. Practical Gastrointestinal Endoscopy. The Fundamentals. 2007
- Gastrointestinal Endoscopy (Especialmente trabajos de revision, disponible en la Web del Hospital)
- Endoscopy. Thieme-Connect.
- Wilcox CM. Atlas of Clinical Gastroenterology. 2ª Ed. Saunders 2007.
- Soehendra N Therapeutic Endoscopy. Geroge Thieme Verlag Ed. 2005.
- Vazquez-Iglesias JL. Endoscopia Digestiva Diagnóstica y Terapéutica. Ed. Panamericana. 1ª Ed. 2008

INTRODUCCIÓN AL CUARTO AÑO DE RESIDENCIA

El último año comienza con la rotación en endoscopia terapéutica más importante, que se prologa desde el tercer año durante un período de 6 meses, y en la que el residente debe adquirir la mayor habilidad posible en las diversas técnicas de nuestra especialidad.

Seguidamente se inicia una rotación en planta en la que, sin perder de vista al adjunto que sigue siendo el responsable fundamental, debe actuar independientemente y con completa autonomía, completando con su estudio personal, con las sesiones y con el contacto con el adjunto su formación clínica.

A partir del segundo semestre podrá encargarse de una consulta con menor carga asistencial que las habituales de los adjuntos, pasando el resto del tiempo en la unidad de endoscopias completando posibles deficiencias y entrando en contacto con procedimientos endoscópicos avanzados. Entre ellos estará la CPRE, en la que deberá iniciar todas las exploraciones, realizar la duodenoscopia y enfrentar la papila biliar en la mayoría de pacientes, y, dependiendo de su habilidad, podrá intentar la cateterización biliar. También podrá formarse en los rudimentos de la ecoendoscopia, al menos en lo que se refiere a interpretación de imágenes básicas de la técnica, sin que sea un objetivo que realice terapéutica.

Durante ésta última fase, de acuerdo con el tutor, con el jefe de unidad y en función de sus expectativas futuras, podrá centrarse en la adquisición de determinadas habilidades, en detrimento de otras y siempre según la disponibilidad y necesidades de la unidad.

Como en todos los periodos formativos precedentes, el residente se integrará en las líneas de investigación abiertas, con adquisición progresiva de habilidades de investigación que completará con cursos específicos que se imparten periódicamente en el hospital y que pueden ayudarle a tener al final del periodo de residencia una autonomía investigadora suficiente.

En todo caso, especialmente en los últimos 3 meses, se exigirá al residente un desempeño de sus tareas similar a un adjunto medio. También deberá preparar con la mayor intensidad posible el examen final para acceder a la calificación de “excelente o destacado”, acreditada por el Ministerio de Sanidad.

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO POR LA PLANTA DE APARATO DIGESTIVO-3 (R-4)

- La rotación por éste Servicio tendrá una duración de 3 meses.
- El residente debe adquirir durante esta rotación una perfecta independencia en el manejo del paciente en planta, debe indicar adecuadamente las exploraciones complementarias e intervenciones quirúrgicas. Es deseable que el residente de este nivel demuestre una autonomía prácticamente completa en el manejo de los pacientes ingresados, siempre cumpliendo criterios de excelencia clínica
- El residente debe presentar la sesión de los martes, especialmente pacientes controvertidos o susceptibles de discusión. Debe realizar adecuadamente el diagnóstico diferencial de estos pacientes.
- **OBJETIVOS TEÓRICOS.**
 - Valorar y conocer las posibilidades de patología intestinal de un paciente HIV positivo.
 - Conocimiento de las causas de afección hepática no vírica ni etílica. Cirrosis biliar primaria, enfermedad de Wilson, hepatitis autoinmune, hemocromatosis etc. y su enfoque diagnóstico terapéutico.
 - Conocimiento y manejo de los problemas nutricionales en determinadas patologías (enfermedad inflamatoria intestinal, cirrosis, etc).
 - **Enfermedad Inflamatoria intestinal.**
 - Detectar y tratar los problemas nutricionales de los pacientes.
 - Capacidad para reconocer las especiales complicaciones evolutivas (manifestaciones extraintestinales, abscesos, enfermedad perianal, estenosis, perforaciones, megacolon...) y su manejo
- **OBJETIVOS PRÁCTICOS.**
 - **Historia clínica en Aparato Digestivo, realización de la historia clínica y diagnóstico diferencial de cada enfermo ingresado a nuestro cargo.**
 - **Nivel R4.**
 - **Además de los objetivos de los años anteriores, el residente deberá demostrar un profundo conocimiento y manejo autónomo de la patología gastrointetinal. Deberá demostrar en el plano teórico los conocimientos clínicos para poder presentarse al examen final de la especialidad y**

conseguir la calificación de “destacado o excelente”.

- Manejo de la bibliografía relativa a MBE en nuestra especialidad como guía esencial de actuación en cada una de sus decisiones y actividades.
 - Evaluación completa de pacientes que se remitan para trasplante hepático, capacidad de seguimiento de los mismos en el postransplante diferido
- **Exploración física:**
 - **Nivel R4:**
 - Exploración digestiva completa al máximo nivel, con determinación de gravedad de la ascitis y monitorización de procesos abdominales o complicaciones extradigestivas de procesos digestivos
 - **Tratamientos de pacientes ingresados, diagnóstico diferencial de cada paciente y algoritmo de manejo según la sospecha inicial. Elaboración independiente de un plan de asistencia.**
 - **Manejo autónomo clínico y burocrático del paciente ingresado.**
 - **Diagnóstico diferencial, con estudio profundo de los temas de la especialidad que conciernen de forma más precisa al paciente ingresado.**
 - **Participación y desarrollo de protocolos de investigación con pacientes ingresados.**
 - **Presentación de pacientes en las sesiones clínicas de los martes, participación activa en las discusiones de los problemas clínicos que se presentan. Fundamentación con bibliografía de sus decisiones.**
 - **Indicaciones de las diversas exploraciones complementarias digestivas y radiológicas para cada caso.**
 - **Contribución a la elaboración y actualización de los protocolos clínicos del Servicio especialmente relacionados con la asistencia en planta.**
 - **Priorización:**
 - Deberá saber organizarse un día de trabajo de forma autónoma al adjunto.
 - Razonará bien en situaciones ambiguas.
 - Capacidad de dedicación de tiempo adecuada a la complejidad del problema.

- Anticipación a potenciales deterioros de la situación clínica de los pacientes y anticipación de medidas dirigidas a la corrección de estos procesos.
- **Profesión:**
 - **Nivel R4:**
 - Demostrar compromiso y capacidad de persistencia en su desarrollo profesional.

PROGRAMA CONCRETO DE TRABAJO

19. El residente de Digestivo tiene a su cargo a TODOS los enfermos ingresados. Si hay dos adjuntos en planta se le facilitará el adecuado conocimiento de todos los pacientes, y tendrá a su cargo los pacientes con problemas digestivos más relevantes, dejando los que manejo más rutinarios (como pendientes de exploraciones complementarias para estadificación de neoplasias, pendientes de cirugías etc...) para evaluación por parte únicamente del adjunto, en caso de que el volumen de pacientes sea excesivo.
20. El residente deberá elaborar, si es posible y como prioridad, TODOS LOS INGRESOS, con una historia clínica completa y diagnóstico diferencial que consultará posteriormente y corregirá con el adjunto de referencia. A partir de ella elaborará un plan de diagnóstico y tratamiento de cada paciente.
21. El residente podrá elaborar informes de alta, siempre y cuando en los mismos se identifique con claridad y fehacientemente (nombre y firma siempre) la supervisión de su adjunto de referencia.
22. El residente tendrá aproximadamente el siguiente horario:

HORA	TAREA
8.15-8.30	Valoración de los ingresos. Auto elaboración del plan de trabajo.
8.30-9.15	Sesión clínica/Actividades de formación para residentes.
9.15-11.00	Ingresos. Historia, plan de asistencia y solicitud de pruebas.
11.00-11.30	Desayuno-café
11.30-13.00	Visita a pacientes encamados/con necesidades especiales.
13.00-14.00	Elaboración de informes. Burocracia de planta.
14.00-15.00	Estudio en base a casos ingresados. Consultas con adjunto de referencia.

El horario será flexible en función de las necesidades formativas del residente. Cuando se cumplan todas las tareas propuestas, el residente podrá bajar a la Unidad de Endoscopias a colaborar en la realización de las técnicas que ya domina o practicar la ecografía abdominal en la planta de digestivo. Las necesidades docentes prevalecerán en cualquier caso sobre otras prioridades en las labores del residente.

→ **BIBLIOGRAFÍA:**

- Schiff's Diseases of The Liver. Tenth Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia 2007.
- Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 8th Edition. Saunders Elsevier. Philadelphia 2006.
- Zakim-Boyer. Hepatology. Disponible en última edición online para los residentes del Servicio.
- Revistas de consulta obligada disponibles en la web del hospital: Gastroenterology, Gut, New England Journal of Medicine (semanal), Journal of Hepatology, Hepatology, The American Journal of Gastroenterology.

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

- La rotación por éste Servicio tendrá una duración de 6 meses.
- El residente debe adquirir durante esta rotación una perfecta independencia en el manejo del paciente en la consulta general de Aparato Digestivo, con capacidad de decisión sobre que pacientes tienen patología grave y cuáles leve. Elaborará la historia clínica de la consulta y podrá consultar cualquier paciente con su adjunto de referencia. Esta rotación servirá también para profundizar en el manejo con patología crónica compleja, como enfermedades hepáticas, enfermedad inflamatoria intestinal, y protocolos de seguimiento habitual en estas patologías.
- El residente debe presentar en sesión, pacientes controvertidos o susceptibles de discusión. Debe realizar adecuadamente el diagnóstico diferencial de estos pacientes.
- **OBJETIVOS TEÓRICOS.**
 - Manejo de pacientes con enfermedades funcionales del Aparato Digestivo. Síndrome de intestino irritable y dispepsia funcional.
 - Manejo ambulatorio del cirrótico compensado. Programa de cribado del hepatocarcinoma. Protocolo de actuación ante lesiones ocupantes de espacio hepáticas. Seguimiento y consuelo al paciente con cirrosis hepática terminal. Tratamiento del hepatocarcinoma irresecable.
 - Manejo ambulatorio del paciente con complicaciones de la hipertensión portal, profilaxis de sus complicaciones.
 - Consulta de alta resolución, indicaciones y algoritmos.
 - Hipertransaminasemia, estudio general y programa de tratamiento.
 - Patología proctológica: Fisura anal, proctalgia fugax y otras proctalgias. Patología hemorroidal.
 - Dolor abdominal inespecífico. Dolor de la pared abdominal.
 - Tratamiento médico e intervencionista de trastornos de motilidad esofágica.
 - ERGE, protocolos de tratamiento. Seguimiento y tratamiento del esófago de Barrett.
 - Seguimiento del paciente ulceroso, criterios de revisión endoscópica.
 - Protocolo de estudio del paciente con diarrea crónica y malabsorción intestinal. Enfermedad celíaca.
 - Dolor abdominal inespecífico. Dolor de la pared abdominal. Dolor torácico no coronario.
 - **Enfermedad Inflamatoria Intestinal.**

- Seguimiento ambulatorio. Criterios de ingreso hospitalario.
- Uso racional y escalonado del arsenal terapéutico. Protocolo de manejo de inmunosupresores y tratamientos biológicos. Criterios quirúrgicos.
- Diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal. Síntomas de sospecha y diagnóstico diferencial.

→ **OBJETIVOS PRÁCTICOS.**

- **Historia clínica en la consulta de Aparato Digestivo.**
 - **Manejo de la bibliografía relativa a MBE en nuestra especialidad, protocolos y guías de consenso en pacientes ambulatorios**
 - **Autonomía en la actuación en la consulta especializada.**
-
- **Exploración física:**
 - **Nivel R4:**
 - Exploración digestiva completa al máximo nivel, adecuada a los tiempos y procesos de la consulta externa.
-
- **Tratamientos de pacientes ambulatorios.**
 - **Manejo autónomo clínico y burocrático del paciente ambulatorio.**
 - **Diagnóstico diferencial, con estudio profundo de los temas de la especialidad que conciernen de forma más precisa al paciente ambulatorio.**
 - **Participación y desarrollo de protocolos de investigación con pacientes ambulatorios.**
 - **Presentación de pacientes controvertidos en las sesiones clínicas.**
 - **Indicaciones de las diversas exploraciones complementarias digestivas y radiológicas para cada caso.**
 - **Contribución a la elaboración y actualización de los protocolos clínicos del Servicio especialmente relacionados con la asistencia en planta.**
 - **Priorización:**
 - Deberá saber organizarse un día de consulta, con tiempo para estudio detallado de casos difíciles el mismo día.
 - Razonará bien en situaciones ambiguas.
 - Capacidad de dedicación de tiempo adecuada a la complejidad del problema.

- Anticipación a potenciales deterioros de la situación clínica de los pacientes, programando ingresos adecuados cuando sean precisos, o instaurando cambios en los tratamientos que permitan obviar los ingresos.
- **Profesión:**
 - **Nivel R4:**
 - Demostrar compromiso y capacidad de persistencia en su desarrollo profesional.

PROGRAMA CONCRETO DE TRABAJO

23. El residente de Digestivo tendrá programada una mañana de consulta, en la que se programará menor carga asistencial de lo que habitualmente tiene un adjunto.
24. El residente verá a los paciente considerados como nuevos, consultando si es preciso cada caso con un adjunto de referencia. Elaborará la historia clínica y solicitará exploraciones complementarias.
25. El residente podrá elaborar informes de alta de la consulta, consultando cada paciente con el adjunto de referencia en caso de duda.
26. El residente tendrá aproximadamente el siguiente horario:

HORA	TAREA
8.15-8.30	Auto elaboración del plan de trabajo.
8.30-9.15	Sesión clínica/Actividades de formación para residentes.
9.15-11.00	Pacientes nuevos.
11.00-11.30	Desayuno-café
11.30-13.00	Resultados y revisiones
13.00-14.00	Elaboración de informes.
14.00-15.00	Estudio en base a casos. Consultas con adjunto de referencia.

El horario será flexible en función de las necesidades formativas del residente. Cuando se cumplan todas las tareas propuestas, el residente podrá bajar a la Unidad de Endoscopias a colaborar en la realización de las técnicas que ya domina o practicar la ecografía abdominal en la planta de digestivo. Las necesidades docentes prevalecerán en cualquier caso sobre otras prioridades asistenciales u organizativas, en las labores del residente.

→ **BIBLIOGRAFÍA:**

- Schiff's Diseases of The Liver. Tenth Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia 2007.
- Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 8th Edition. Saunders Elsevier. Philadelphia 2006.
- Zakim-Boyer. Hepatology. Disponible en última edición online para los residentes del Servicio.
- Revistas de consulta obligada disponibles en la web del hospital: Gastroenterology, Gut, New England Journal of Medicine (semanal), Journal of Hepatology, Hepatology, The American Journal of Gastroenterology.