 JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<i>Anexo 7</i>
EDICIÓN : 1		FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019

# **GUÍA FORMATIVA DE RESIDENTES DE APARATO DIGESTIVO**


**Unidad Docente de Aparato Digestivo**

**Jefatura de Unidad Docente: Dra. Lourdes Grande Santamaría**

**Tutores: Dr. Manuel Castro Fernández y Dra. Cristina Rodríguez Alonso**


**Centro asistencial: AGS Sur de Sevilla. Hospital de Valme.**

**Aprobado en Comisión de docencia: 26 de junio de 2019**

	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019</b>


## ÍNDICE

1. **BIENVENIDA**
2. **UNIDAD DOCENTE DE APARATO DIGESTIVO**
  - 2.1. **Estructura física**
  - 2.2. **Organización jerárquica y funcional**
  - 2.3. **Cartera de Servicios**
  - 2.4. **Otros**
3. **PROGRAMA FORMATIVO OFICIAL DEL ESPECIALISTA EN APARATO DIGESTIVO**
4. **GUÍA O ITINERARIO FORMATIVO DEL RESIDENTE**
  - 4.1. **Competencias generales a adquirir durante la formación**
  - 4.2. **Plan de rotaciones**
  - 4.3. **Competencias específicas por rotación**
  - 4.4. **Rotaciones Externas recomendadas**
  - 4.5. **Supervisión actividad asistencial**
5. **GUARDIAS: Protocolo de supervisión de la unidad**
6. **SESIONES CLINICAS-CIENTÍFICAS**
7. **OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN/TRABAJOS DE CAMPO**
8. **EVALUACIÓN**
  - 8.1. **FORMATIVA: HOJA DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA TUTOR-RESIDENTE**
  - 8.2. **HOJAS DE EVALUACIÓN POR ROTACIÓN**
  - 8.3. **HOJA DE EVALUACIÓN FINAL**
9. **BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA EN CADA ROTACION**
10. **PLANTILLA PLAN INDIVIDUALIZADO DE FORMACIÓN**
11. **ACTIVIDADES FORMATIVAS DEL PLAN TRASVERSAL COMUN:**

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<i>Anexo 7</i>
EDICIÓN : 1		FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019

## 12. ANEXOS

- Plan de formación
- Plan de investigación

	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
EDICIÓN : 1		FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019

## 1. BIENVENIDA

### 1.1. Jefatura de la Unidad Docente

Estimados residentes:

Comenzáis vuestra formación especializada en Aparato Digestivo. En este apasionante camino la guía formativa que a continuación os presentamos constituirá vuestra hoja de ruta y os ayudará a llegar a la excelencia. Para ello contáis con todos los medios materiales y humanos que constituyen nuestra Unidad, que quedan a vuestra disposición a partir de ahora.

Un afectuoso saludo,

Lourdes Grande

Directora de la Unidad.


### 1.2. Tutores/as:

Estimados residentes:

En vuestras manos tenéis la guía formativa de residentes en Aparato Digestivo. En primer lugar nos gustaría mostraros una visión general de nuestra especialidad.

En el artículo 21 de la Ley 44/2003 del 21 de noviembre, destinado a la ordenación de las profesiones sanitarias, se establece el procedimiento a seguir para la elaboración, aprobación y posterior publicación en el Boletín Oficial del Estado (BOE), de los diferentes programas formativos de las especialidades sanitarias.

En este contexto, el programa de formación relativo a la especialidad de Aparato Digestivo fue publicado en el BOE número 258 del 26 de octubre de 2009. Se trata de la última revisión disponible a la fecha, y en base a la cual se han de desarrollar los itinerarios formativos de cada Unidad Docente, teniendo en cuenta las características de éstas y del Hospital en el que cada Unidad está integrada. Por otro lado, la formación de residentes que ya se esté llevando a cabo según programas anteriores podrá ser adaptada a éste en la medida de lo posible y siempre en beneficio del residente por parte de los tutores y con la colaboración de la Comisión Local de Docencia.


	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019</b>

La Especialidad de Aparato Digestivo se ocupa de las enfermedades del tubo digestivo, hígado, vías biliares, páncreas y peritoneo, y concretamente de su etiología, epidemiología, fisiopatología, semiología, diagnóstico, pronóstico, prevención y tratamiento. Es una especialidad muy amplia y muchos de sus métodos diagnósticos y terapéuticos son comunes a otras especialidades. Otros, en cambio, son inherentes a la especialidad: la obtención de muestras de tejido mediante biopsias percutáneas o por endoscopia, la ecografía y la endoscopia digestiva, diagnóstica y terapéutica, la ecoendoscopia diagnóstica y terapéutica, la manometría y la pHmetría esofágicas, la manometría rectal, la hemodinámica hepática y las pruebas de función digestiva.

La prevalencia de las enfermedades que afectan o se relacionan con el aparato digestivo es alta, afectando, aproximadamente, a un 20% de los pacientes ingresados en los hospitales españoles. Patologías de gran importancia y prevalencia, como son la enfermedad péptica, el síndrome del intestino irritable, las neoplasias de colon, hígado y resto de órganos, las hepatitis agudas y crónicas, la cirrosis y sus complicaciones, la enfermedad inflamatoria intestinal y un largo etcétera. Por este motivo, se hace necesario el conocimiento de un gran espectro de patología, tanto desde la vertiente de su fisiopatología, semiología y diagnóstico, como desde el punto de vista de su tratamiento, debiendo formarse el especialista tanto en el tratamiento médico como en las indicaciones y técnicas empleadas en el tratamiento quirúrgico que precisarán muchas de ellas.

Mención aparte merecen aquellas áreas que por su expansión en los últimos años podrían llegar a convertirse en subespecialidades o áreas de capacitación, como la Hepatología o la Endoscopia avanzada, sin olvidar a la Oncología del Aparato Digestivo o a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Por otro lado, en el desarrollo de la especialidad se hace imprescindible el trabajo multidisciplinar, no sólo en el manejo de las enfermedades digestivas, sino de un modo muy señalado en el área de la investigación, donde intervienen ciencias como la virología, la biología, la inmunología o la genética.

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
EDICIÓN : 1		FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019

La práctica clínica actual se basa en la implantación y desarrollo de los procesos asistenciales, en cuyo marco el médico en formación debe llevar a cabo su tarea, aprendiendo a desenvolverse en la asistencia y a resolver los problemas cotidianos que de ella se deriven.

Como futuros especialistas de Aparato Digestivo no podéis olvidar que junto a la capacitación científica durante la residencia también se formarán las bases de vuestra formación humana, pilar básico para todo aquel médico que tenga como meta la mejor atención a los pacientes.

Finalizando pues, el objetivo de este itinerario docente es la descripción del marco en el cuál el residente en formación va a desarrollar su tarea (la Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Digestivas del Hospital Universitario de Valme), la descripción de dichas actividades de formación, a nivel asistencial, de adquisición de habilidades e investigación y docencia, así como el establecimiento de criterios objetivos que permitan la correcta evaluación del residente e identificación de las áreas de mejora.


Poniéndonos desde este momento a disposición de vosotros, especialistas en formación,

*Manuel Castro Fernández y Cristina Rodríguez Alonso  
Tutores de residentes de Aparato Digestivo.*

## **2. LA UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO.**

La especialidad de Aparato Digestivo está presente en el Hospital de Valme desde su apertura en 1982.

En principio Sección dentro del Servicio de Medicina Interna, su dotación tecnológica, física y, sobre todo, humana, se ha ido incrementando a lo largo de los años.


	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019</b>

El 29 de Julio de 2005 se creó la Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Digestivas del Hospital Universitario de Valme, con el objetivo de proporcionar atención sanitaria integral y de calidad, en base a la continuidad asistencial, a todos aquellos pacientes con enfermedades del Aparato Digestivo, con el fin de cubrir las expectativas respecto a la atención integral del enfermo y conseguir la máxima satisfacción tanto de usuarios como de los profesionales que componen la Unidad.

Ésta constituye principalmente la vertiente asistencial, siendo las actividades docentes e investigadoras complementarias de la anterior, y estando intensamente relacionadas con la primera. Todas ellas basadas en las formulaciones asistenciales y de gestión incluidas y desarrolladas tanto en el III Plan Andaluz como el II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Los valores fundamentales que sostienen esta misión son: calidad, eficacia, eficiencia, equidad, gestión orientada al usuario/profesional y gestión por competencias. Además esta misión y valores deben ser compartidos por los miembros de la Unidad para que tengan validez y sean efectivos. El objetivo de la Unidad debe ser mejorar de manera continua, buscando disminución de la demora en la asistencia, la excelencia y eficiencia en ésta y la satisfacción del Usuario. En este contexto, la Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Digestivas, inicialmente médico-quirúrgica, inició el proceso de acreditación por la Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza en 2009, obtención la acreditación en 2010 que se ha mantenido hasta la actualidad. El 25 de mayo de 2017 se realizó la Evaluación de Seguimiento por parte del Comité de Certificación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía que resuelve mantener la certificación en el nivel avanzado de nuestra Unidad de Gestión .

En lo sucesivo nos referiremos a la vertiente referente a Aparato Digestivo dentro de la Unidad.

## **2.1. Estructura física**

	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019</b>

La **sala de hospitalización** de la Unidad está situada en la segunda planta del Hospital Universitario de Valme, ala derecha. En ella se disponen de 30 camas ubicadas en 15 habitaciones dobles que disponen de lo necesario para la estancia del paciente hospitalizado (oxigenoterapia, aspiración, cama articulada, aseo, etc).

En la misma planta se encuentra el control de enfermería, con dotación de equipos informáticos con sala anejas para almacenar la medicación, fungibles y lencería.


En las habitaciones numeradas como 218-220 se encuentra el despacho médico, compartido por los tres facultativos que desarrollan su labor en hospitalización y los residentes y estudiantes que en un momento concreto se encuentren en periodo de rotación o de prácticas. El despacho médico está equipado con cinco puestos de trabajo con equipos informáticos conectados a red. Así mismo se dispone de una mesa de reunión central con objeto de promover el intercambio entre profesionales, mobiliario adicional para acomodación del resto del equipo durante las sesiones clínicas y de un cañón de proyección para diapositivas para docencia.

En la misma planta se hallan el despacho del personal administrativo de la planta y de endoscopia y, anexo al mismo, el del director de la Unidad.

El **área de endoscopias** se ubica en la primera planta derecha.

La zona de trabajo propiamente dicha consta de sala de lavado de endoscopios, con fregaderos y lavadoras, tres salas de exploraciones, dos cuartos de baño para de pacientes y un despacho médico. Una de la salas está destinada de modo preferente a exploraciones de pacientes ingresados y endoscopia terapéutica, aunque todas disponen de equipamiento completo, con torres de endoscopia, pinzas, asas, inyectoros y demás material necesario para realización de endoscopias diagnósticas y terapéuticas. El despacho médico dispone de tres puestos de trabajo informatizados y conectados a las torres de endoscopia para la captación de imágenes de las exploraciones que



	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019</b>

se están realizando en cada sala. En este despacho se un puesto de trabajo adicional con procesador para interpretación de capsuloendoscopia.


En la primera planta dcha, enfrente al Area de Endoscopias se ubica la **Unidad de Día**. Consta de 6 camillas para la realización de paracentesis o biopsias hepáticas y la observación de pacientes a los que se les ha realizado alguna técnica endoscópica especial (que se detallará en la cartera de servicios), así como de varios sillones y bombas de infusión para la administración de tratamientos en régimen ambulatorio, como hierro parenteral o tratamientos biológicos para la enfermedad inflamatoria intestinal como Infliximab. Así mismo se realizan y evolucionan las biopsias hepáticas y se asisten o resuelven dudas , a pacientes concretos en régimen ambulatorio o por vía telefónica. Disponemos de una enfermera entrenada en esta ubicación. Las **Consultas Externas** se localizan en la planta baja, con los números 18, 29 y 31. Hay un área de recepción donde está ubicada una Auxiliar de Clínica que aglutina y gestiona el trabajo de las tres consultas. Todas constan de mesa de trabajo con material informático, camilla de exploración y en una de las salas un ecógrafo.

Existen tres centros periféricos de especialidades (CPE) donde hay consultas diarias de nuestra especialidad en Dos Hermanas y en Alcalá de Guadaíra y dos-tres veces en semana en Morón de la Frontera.

El **área de investigación** está localizada en la planta sótano. En ella hay varios puestos de trabajo donde se puede desarrollar labor investigadora por el personal disponible (becarios). El laboratorio CIBERehd está localizado en la zona externa del semisótano, junto a las áreas de Psiquiatría y Microbiología. Desarrollado con la colaboración del Ciberehd y equipado con medios para procesado de muestras biológicas, mantenimiento de cultivos celulares y área de seguridad para manejo de muestras virológicas.

## 2.2. Organización jerárquica y funcional

-Directora de Unidad:

	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019</b>

Lourdes Grande

-FEA:

Manuel Castro Fernández: Area de Hospitalización (Gastroenterología) y Consulta Gastroenterología

Blanca Figueruela: Ecografía digestiva y Consultas de Hepatología.

Juan Martín Guerrero: Endoscopia diagnóstica y terapéutica. CPRE. Consulta de Gastroenterología

Pedro Guerrero Jiménez: Endoscopias diagnóstica y terapéutica. Consultas de Gastroenterología

Elena Hoyas Pablos: Ecografía Digestiva. Consultas de Hepatología y Hospitalización.

Eloísa Lamas Rojas: Consultas del CPE de Alcalá.

José Luis Larraona Moreno: Endoscopia diagnóstica y terapéutica. Hospitalización (Gastroenterología)

Carlos Ortiz Moyano: Endoscopia diagnóstica y terapéutica. Ecoendoscopia. Consulta Gastroenterología.

Manuel Pabón Jaén: Consultas del CPE de Dos Hermanas.

Cristina Rodríguez Alonso: Endoscopia digestiva y Consultas de Gastroenterología-Cáncer colorrectal.

María Rojas Feria: Hospitalización (Gastroenterología), Consulta de Gastroenterología y Unidad de Día.

Emilio Suárez García: Hospitalización (Hepatología). Consultas de Hepatología.


Mercedes Cabello Ramírez: Hospitalización (Gastroenterología), Consulta Gastroenterología y Unidad Día.

-Residentes en formación:

Alberto Marqués Ruiz R4

Sergio Cámara Baena R3

Jesús Rueda Sánchez R2

	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019</b>

-Personal de enfermería:

M<sup>a</sup> José Garrido Serrano: supervisora.

Hospitalización: 13 DUE

Unidad de día: 1 DUE

Area de Endoscopia: 4 DUE

:

-Personal auxiliar de enfermería:

Hospitalización (12), Area de Endoscopia (4) y Consultas Externas (1)

-Celadores: 2

-Personal administrativo: 2 para Hospitalización y Area de Endoscopia.  
(2<sup>a</sup>planta)

-Área de investigación:


### **2.3. Cartera de Servicios**

La cartera de servicios incluye los siguientes campos:

#### **2.3.1. HOSPITALIZACION.**

Desarrollada de modo preferente en la segunda planta, ala derecha. Incluye la atención a aquellos pacientes que, por la naturaleza de su patología y/o el tratamiento y cuidados que ésta precise, son atendidos en régimen de internamiento. Las enfermedades que con más frecuencia se incluyen en este grupo son:

a) Patología hepática:

	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019</b>

-Cirrosis hepática y sus complicaciones: hemorragia digestiva alta por varices esofágicas, encefalopatía hepática, insuficiencia renal y descompensación hidrópica.

-Neoplasias hepáticas: hepatocarcinoma, lesiones metastásicas secundarias a tumores de otra localización.

b)Biliopancreática: pancreatitis aguda y sus complicaciones, ictericia obstructiva y patología litiásica o neoplásica de la vía biliar.

c) Patología intestinal: neoplasia a distintos niveles del tubo digestivo, incluyendo cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal.

d) Hemorragia digestiva: con origen en el tracto intestinal superior, inferior o de origen oscuro.

Durante el ingreso a los pacientes se les ofrece atención global, mediante la realización de la historia clínica y la formación de un diagnóstico a través de la exploración y de la realización de pruebas diagnósticas. Posteriormente se determina el tratamiento indicado para la patología del paciente (médica o quirúrgica, en régimen de ingreso o ambulatorio), garantizando en todo momento la atención integral y multidisciplinar.

### 2.3.2. UNIDAD DE DIA.

En ella se evoluciona a los pacientes sometidos a determinadas técnicas y se administra medicación de uso exclusivo hospitalario, también parte de la cartera de servicios de la Unidad.

-Administración de fármacos biológicos como Infliximab para el tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Crónica Intestinal.


-Administración de feroterapia intravenosa.

-Realización de paracentesis evacuadoras a pacientes cirróticos.

-Observación de pacientes a los que se ha realizado ligadura con bandas de varices esofágicas, principalmente a pacientes cirróticos.

-Realización de biopsia hepática y observación posterior de los pacientes.

-Realización de PAAF hepática y pancreática y observación posterior de los pacientes.


 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
EDICIÓN : 1		FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019

-Observación de pacientes a los que se les ha realizado otras terapéuticas: dilataciones esofágicas o resecciones de pólipo de gran tamaño.

### 2.3.3. ENDOSCOPIAS.

Realización de técnicas endoscópicas y terapéuticas a pacientes ingresados y en régimen ambulatorio. Se realiza en tres franjas horarias principales: de mañana, tarde (a modo de continuidad asistencial) y en horario de guardias (guardias localizadas telefónicamente).

- Endoscopia oral.
- Colonoscopia izquierda y total.
- Ileoscopia.
- Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), diagnóstica y terapéutica: esfinterotomía, colocación de prótesis metálicas y plásticas, limpieza y drenaje de la vía biliar, dilataciones con balón de la papila.
- Polipectomías: gástricas, duodenales y colónicas.
- Dilataciones con bujías: esófago.
- Dilataciones neumáticas: esófago, intestino delgado y grueso.
- Gastrostomía percutánea endoscópica.
- Resolución de estenosis mediante la colocación de prótesis autoexpandibles: esófago y colon.
- Dilatación neumática en achalasia e inyección de toxina botulínica.
- Colocación de sondas nasogástricas y colónicas.
- Localización y marcado de lesiones antes de cirugía.
- Endoscopia urgente:
  - Hemostasia en hemorragia digestiva de origen no varicoso (inyección de agentes esclerosantes, colocación de hemoclip, sonda de calor, sonda de argón).
  - Hemostasia en hemorragia digestiva de origen varicoso (ligadura con bandas de varices esofágicas, esclerosis con etanolamina, inyección de cianocrilato en varices gástricas).
- Extracción de cuerpos extraños.

	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019</b>

-Resolución de vólvulos colónicos.

-Ecoendoscopia: diagnóstica (con posibilidad de realización de PAAF y biopsias) y terapéutica (drenaje de lesiones quísticas).

-Cápsula endoscópica: para el diagnóstico de hemorragias digestivas de origen oscuro, anemia de origen no filiado, enfermedad inflamatoria intestinal y otras lesiones de intestino delgado.

#### 2.3.4. CONSULTAS EXTERNAS.

Son atendidos en régimen ambulatorio aquellos pacientes cuya patología lo permite, bien para iniciar estudio (procedentes de urgencias, atención primaria u otras especialidades), bien para seguimiento (por ser enfermos procedentes de planta y ya estabilizados o con patologías crónicas que requieren seguimiento a más largo plazo).

En los Centros Periféricos de Especialidades (CPE), se disponen diferentes consultas, en las que generalmente se maneja patología digestiva general, y en principio que no requieran de un estudio a largo plazo. Se ofertan 2 consultas semanales en Morón de la Frontera, 5-6 en Alcalá de Guadaira y 7-8 en Dos Hermanas.

En el Hospital se desarrollan diariamente dos-tres consultas


-Consultas de Hepatología: diagnóstico y tratamiento de enfermedades hepáticas como hepatitis autoinmunes o enfermedad hepática por depósito de grasa.

-Consulta monográfica destinada al proceso hepatitis víricas: incluyendo el tratamiento de las mismas.

-Consultas de Gastroenterología dedicadas especialmente a la Enfermedad inflamatoria intestinal: Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa.

-Consulta de Gastroenterología dedicada especialmente a la patología biliar, y pancreática.

-Consultas donde se realizan ecografía en acto único: destinada a pacientes cirróticos potenciales candidatos a trasplante y como cribado para detección precoz de hepatocarcinoma.

	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019</b>

-Consulta monográfica dedicada a la implantación del proceso de cáncer colorrectal.

#### 2.3.5 ECOGRAFIA ABDOMINAL.

Según sea demandado por necesidades de la asistencia se realizan ecografías en consultas externas y en la planta de hospitalización. Además, existen consultas monográficas de ecografía de pacientes de la Unidad. En ella se realiza:

-Ecografía diagnóstica: incluyendo técnicas de doppler del sistema hepático y portal.


-Ecografía terapéutica: PAFF de lesiones hepáticas y pancreáticas, extracción de muestras de lesiones quísticas, drenaje de abscesos y biopsia hepática guiada mediante ecografía.

#### 2.3.6 COORDINACION CON SERVICIO DE URGENCIAS.

\*\*Un profesional de la Unidad está localizado diariamente en jornada de mañana de lunes a viernes , vía telefónica, para colaborar en la toma de decisiones en pacientes del Area de Urgencias.A los pacientes localizados en urgencias y pertenecientes al área de digestivo se les puede realizar la historia clínica se ajusta el tratamiento y se solicitan pruebas complementarias necesarias. Una vez valorado el enfermo se confirma el ingreso o bien se facilitan las herramientas necesarias para el estudio precoz ambulatorio de aquellos pacientes cuyo estado general y patología lo permitan.

\*\*Guardias de Endoscopia: Un profesional de la Unidad esta localizado diariamente, todos los días del año, para realizar endoscopias urgentes. De lunes a viernes 12 horas ,de 8 de tarde a 8 de la mañana, y 24 horas en dias festivos, sábados y domingos.

#### 2.3.8 ACTIVIDAD INVESTIGADORA,

	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019</b>

Existen tres áreas principales de investigación puestas en marcha en la actualidad:

En el área de gastroenterología: Las principales líneas de investigación en los últimos años han estado relacionadas con la infección por *Helicobacter pylori* , la enfermedad inflamatoria intestinal y el cáncer de colon.

Participamos en el Registro Europeo del tratamiento de la infección por H pylori desde 2013.


En el área de hepatología: Las principales líneas en la actualidad son la esteatosis hepática y la hepatopatía alcohólica, con participación en estudios sobre infección por virus B y hepatocarcinoma..

#### 2.3.9 COMISIONES CLINICAS.

Miembros del servicio participan en diversas comisiones clínicas del hospital: Farmacia, ética asistencial, comité local de ensayos clínicos, de historias clínicas.

-Cartera de Servicios o resumen de la actividad asistencial del Servicio.



	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
EDICIÓN : 1		FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019

### 3. PROGRAMA FORMATIVO OFICIAL DEL ESPECIALISTA EN

A continuación se muestra el enlace al programa formativo de la especialidad en Aparato Digestivo en la página del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

<http://www.msps.es/profesionales/formacion/guiaFormacion.htm>


### 4. GUÍA O ITINERARIO FORMATIVO TIPO DE LA UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO.

#### 4.1. Competencias generales a adquirir durante la formación

En líneas generales el especialista en formación debe tener los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para atender de manera global a los pacientes con enfermedades digestivas. De este modo, podemos resumir en cuatro aspectos la finalidad de su formación:

Formación básica troncal en medicina general e interna, para posteriormente dominar los conocimientos sobre las enfermedades digestivas. Durante su estancia en estas especialidades (Medicina Interna-Atención Primaria-UCI) se deberá adquirir formación sobre el manejo global y multidisciplinar del paciente, adquiriendo conocimientos básicos sobre la patología de otros órganos y sistemas. Además se deberá manejar la realización de diagnósticos diferenciales, así como reconocer las repercusiones sistémicas de las enfermedades digestivas y la repercusión digestiva de las enfermedades sistémicas. Un aspecto más a desarrollar en este período es la atención al paciente pluripatológico o de edad avanzada, cuya prevalencia aumenta de manera significativa en los últimos años en todas las especialidades.

-Dominio de las técnicas relacionadas con la especialidad, al menos ecografía y endoscopia. La endoscopia digestiva es sin lugar a dudas la exploración más relevante en el ámbito de las enfermedades digestivas. Además se utiliza para realizar terapéutica a diferentes niveles del tubo digestivo. El residente debe ser capaz al finalizar la especialidad de realizar endoscopia diagnóstica y

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
EDICIÓN : 1		FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019


terapéutica estándar, incluyendo gastroscopia, colonoscopia, tratamiento de urgencias en el paciente sangrante (patología ulcerosa, vascular y por varices), polipeptomías en tracto alto y bajo y devolvulaciones y extracciones de cuerpos extraños. Respecto a la ecografía es otro método diagnóstico de gran interés y relevancia en la práctica de la especialidad. El residente debe conocer a fondo la ecografía digestiva diagnóstica, así como la más relevante de otros órganos abdominales. Además el residente debe ser capaz de extraer muestras mediante la realización de PAAF y biopsias hepáticas y conocer las aplicaciones de la colocación de drenajes digestivos percutáneos guiados mediante ecografía.

-Adquisición de experiencia clínica en el ámbito hospitalario y ambulatorio: en la sala de hospitalización el residente aprenderá sobre el diagnóstico, manejo y tratamiento del paciente complejo y en consulta la aplicación de protocolos clínicos y gestión de procesos integrados. Así mismo, parte de esta formación deberá ser desarrollada en el contexto de Unidades de pacientes críticos, como cuidados intensivos, unidades de trasplante hepático o de sangrantes, siendo la primera y una de las dos últimas de carácter obligatorio. Por las características propias de nuestra Unidad el rotatorio en trasplante hepático se hará en centros de referencia a nivel nacional, dentro o fuera de nuestra Comunidad Autónoma.

-Adquirir conocimientos básicos de investigación, docencia, salud pública, ética y economía y gestión sanitaria. Herramientas como informática, estadística a nivel inicial e inglés. Para ello contará, además de con los medios propios de la Unidad, con las actividades formativas organizadas por la Comisión local de Docencia y por la Unidad de Formación del Hospital de Valme.

Durante su formación el residente deberá capacitarse en los siguientes ámbitos:

-Sala de hospitalización:

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
EDICIÓN : 1		FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019

Durante su rotatorio en sala de hospitalización el residente se enfrentará a los pacientes más complejos desde un punto de vista diagnóstico y de resolución de problemas. Así mismo, durante este periodo tendrá mayor contacto con el paciente y sus familiares. Tendrá oportunidad de aprender técnicas como paracentesis diagnósticas y evacuadoras.

El residente siempre permanece bajo la supervisión del facultativo especialista, pero su responsabilidad y autonomía deben ir progresivamente en aumento. Debe aprender a hacer la historia clínica, conociendo la semiología de las enfermedades digestivas, y debe ser capaz de realizar un diagnóstico diferencial completo ante cada paciente. Posteriormente debe ser capaz de realizar informes de alta, manejando los diagnósticos de CMBDA.


Además, es el momento de desarrollar habilidades de comunicación con los pacientes y sus familiares. El residente debe aprender a tener el trato correcto, y la comunicación precisa e inteligible del proceso de la enfermedad, así como de las malas noticias.

Los rotatorios se dividirán con los tres facultativos de la planta, en periodos aproximados de 3-4 meses, de manera que el residente pueda valorar diferentes enfoques en el manejo del enfermo. Deberá desarrollar sus actitudes para las relaciones interpersonales con el equipo y a trabajar en un entorno multidisciplinar junto a otros especialistas.

Así mismo, deberá conocer la dinámica de la Unidad de Día, y deberá servir de enlace con el Servicio de Urgencias para priorizar ingresos e implantar protocolos. Debe ser consciente de la necesidad de ser eficiente en el empleo de los recursos disponibles, de manera que solicite de manera racional y basada en la evidencia las diferentes pruebas diagnósticas y se implique en la consecución de objetivos de la Unidad como estancia media adecuada.

-Habilidades técnicas:

Se adquirirá la habilidad suficiente para realizar endoscopia digestiva y terapéutica estándar. Así mismo, el conocimiento sobre el resto de técnicas endoscópicas más complejas debe ser amplio.

	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019</b>

Las diferentes técnicas se dividirán en niveles, según el residente deba practicarlas durante su formación y realizarlas de forma autónoma completa (nivel I), deba realizarlas pero no necesariamente con completa autonomía (nivel II) y aquellas que debe conocer y auxiliar, pero que son realizadas por personal concreto de la Unidad (nivel III).

En el ámbito de la ecografía digestiva el residente deberá realizar ecografía diagnóstica y doppler hepático. Así mismo debe realizar PAAF y biopsias hepáticas bajo supervisión.

-Cuidado del paciente digestivo crítico:

El residente podrá desarrollar esta habilidad principalmente en el contexto de la atención en urgencias y mediante el rotatorio en cuidados intensivos.

Deberá conocer el manejo de las complicaciones multiorgánicas derivadas de las enfermedades digestivas, así como el manejo de fluidoterapia y antibioterapia.


Mención a aparte merecen los pacientes en espera de trasplante hepático y con hemorragia digestiva, ya que nuestra unidad carece de Unidad de trasplante y de sangrantes. El residente deberá conocer las indicaciones concretas del trasplante hepático y el manejo urgente de la hemorragia digestiva en los ámbitos inicialmente citados.

-Consultas externas hospitalarias y de atención primaria:

El rotatorio por consultas de atención primaria del centro de salud forma parte de la formación troncal del residente.


Por otra parte, muchas de las grandes entidades nosológicas del aparato digestivo son habitualmente manejadas en consultas externas: enfermedad inflamatoria intestinal, esteatohepatitis, manejo de la cirrosis hepática no complicada y tratamiento de las hepatitis virales.

En este contexto, el residente debe relacionarse con las unidades de proceso presentes en nuestro servicio, principalmente manejo de cáncer colorrectal, y hepatitis biliares.

	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019</b>

Por tanto, cuando un residente domine técnicas del nivel I su formación será suficiente y cuando practique del nivel II destacado o excelente si las domina, ya que se considera que las técnicas del nivel III no son objeto de la formación como especialista sino de una capacitación posterior. Incluimos también aquellas pruebas que el residente debe saber interpretar aunque no las realice:

- Radiología convencional digestiva con y sin contraste (I).
- TC, RNM y PET. (I).
- Procedimientos para la cuantificación de la fibrosis en los órganos digestivos (I).
- Arteriografía convencional y digital (II-III).
- Gammagrafía de órganos digestivos (II).
- Ecografía abdominal (I), y con contraste (III).
- Pruebas de aliento en enfermedades digestivas (I).
- Pruebas de digestión y absorción (I-II).
- Electrogastrografía percutánea (III).
- Determinación del tránsito intestinal (II).
- Interpretación de marcadores virales hepáticos (I).
- Paracentesis (I).
- Biopsia y PAAF hepática (II).
- Biopsia hepática transyugular (III).
- Esofagoscopia, gastroscopia, enteroscopia, colonoscopia y rectoscopia (I).
- CPRE (II-III)
- CTH (III)
- Ecoendoscopia y ecografía endoanal (II\_III)
- Cromoendoscopia (III)
- Manometría y pmetría (II).
- Sondaje duodenal (II).
- Hemodinámica hepática (II-III).
- Drenaje de colecciones abdominales guiados por ecografía (II).

	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019</b>


- Tratamiento endoscópico de tumores y lesiones premalignas, incluyendo polipectomias de tracto digestivo alto y bajo (II).
- Hemostasia endoscópica (I).
- Colocación de prótesis endodigestivas (II-III).
- Dilatación de estenosis endoluminales (II).
- Esfinterotomía endoscópica: (II-III).
- Gastrostomía endoscópica (II).

Por tanto, y en resumen, el residente deberá haber adquirido al final de la Especialidad las habilidades, capacidades técnicas y actitudes necesarias para poder desarrollar su labor como especialista cualificado en el seno de Equipos Multidisciplinares en un Hospital de cualquier nivel, pudiendo posteriormente completar su formación con rotatorios postgrado específicos para capacitarse en determinadas actividades de nivel III.

#### **4.2. Plan de rotaciones**

Existen rotaciones obligatorias y otras opcionales, que, aunque posteriormente se detallan en los planes formativos son:

- Medicina Interna: seis meses. Uno de esos meses preferentemente en la Unidad de Infecciosos.
- Atención Primaria: dos meses, también como parte de la formación troncal..
- Sala de hospitalización: 12 meses rotando con los distintos médicos adjuntos .
- Endoscopia: 12 meses, inicialmente en sala de pacientes ambulatorios y posteriormente en la sala de pacientes hospitalizados
- Unidad Cuidados Intensivos: dos meses.
- Ecografía: dos meses, actualmente como rotatorio externo y en un futuro próximo la formación se realizará en nuestra Unidad.
- Consultas externas de Gastroenterología y Hepatología: 9 meses.
- Rotaciones libres (trasplante, pruebas funcionales, unidades especializadas (hemorragia digestiva, pancreas, EII..): tres meses.
-

	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019</b>

Si desglosamos los objetivos a conseguir anualmente adaptándolos a la Unidad docente y cuantificamos dichos objetivos para evaluar con mayor objetividad al residente:

**-Primer año de residencia:**

Corresponde a la rotación por áreas troncales. El residente deberá conocer las enfermedades más importantes de Medicina Interna, incidiendo en aquella de especial relevancia en el paciente digestivo. Debe conocer la patología de otros órganos. Así mismo debe conocer los principales procedimientos quirúrgicos, con sus indicaciones y desarrollo.


Así mismo debe dominar la interpretación de la radiología simple e iniciar la del TAC.

Debe desarrollar habilidades en la entrevista clínica y exploración objetiva, planteando ya diagnósticos diferenciales. Debe aprender a realizar el seguimiento del paciente, así como a mantener una comunicación fluida con éste. Para ello debe atender bajo supervisión un mínimo de 300 pacientes hospitalizados.

Para cuantificar los objetivos anteriores, debe haber realizado unas 200 historias clínicas de pacientes hospitalizados, 200 informes de alta, al menos 30 paracentesis (contando con la Unidad de Día), interpretación de 200 rx de tórax y abdomen, así como de EKG de ingreso.

**-Segundo año de residencia:**

El residente debe seguir supervisando pacientes ingresados, en este caso manejando de manera general los procesos digestivos más frecuentes. Debe identificar a aquellos pacientes con peor pronóstico o especialmente frágiles. Debe ser capaz de correlacionar los hallazgos de las pruebas de imagen con la clínica. Deben dominar el manejo del paciente con ascitis.

	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019</b>

Para ello debe realizar unos 100 informes de alta con sus historias clínicas previas. Hacer al menos 25 paracentesis. Interpretar unos 100 TC, TGI y enemas opacos (30), así como conocer el significado de pruebas de aliento y de digestión y malabsorción (15). Durante la segunda mitad del año rotará por endoscopias digestivas, por lo que deberá realizar al final de año con autonomía pero bajo supervisión gastroscopia y colonoscopia diagnósticas (150).

-Tercer año de residencia:


Entrenamiento en ecografía y endoscopia, así como realizar técnicas más avanzadas de endoscopia como polipectomías y ligadura de varices esofágicas con bandas. Así mismo realizará el rotatorio por Unidad de Intensivos, para mejorar el cuidado del paciente crítico. Así mismo durante ese rotatorio debe conocer las bases de la nutrición artificial. La comunicación del paciente en este nivel debe ser apropiada y naturalmente fluida. Así mismo, se habrán reforzado las relaciones con el propio equipo de trabajo y se funcionará con normalidad en el contexto de equipos multidisciplinarios. El residente se implicará en el aspecto ético de la atención al enfermo.

Durante este año realizará endoscopia digestiva avanzada (unas 150 altas y 150 bajas). Al menos 150 ecografías abdominales. Realizará las urgencias endoscópicas bajo supervisión, debiendo dominar las técnicas de hemostasia, la polipectomía, y debiendo haber realizado alguna gastrectomía percutánea y dilatación con balón. Asistirá en las labores de CPRE y ecoendoscopia (unas 80 en total). Leerá capsuloendoscopia junto con el facultativo (10). Canalizará vías centrales (15).

-Cuarto año de residencia.

Debe perfeccionar las distintas técnicas endoscópicas, pudiendo ampliar de modo optativo el rotatorio por alguna de ellas (CPRE, ecoendoscopia). En la sala de hospitalización debe ser responsable de sus enfermos y ser capaz de



	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019</b>

manejar pacientes de especial dificultad. Además, debe desarrollar su tarea en la consulta, aprendiendo el manejo de los pacientes en este régimen, y evaluando la necesidad de seguimiento de enfermedades crónicas, así como la planificación del estudio ambulatorio.

Debe historiar al menos 70 pacientes nuevos y valorar unas 200 revisiones. Interpretará pruebas de imagen de alto nivel, así como tendrá autonomía bajo supervisión en planta y en técnicas endoscópicas de nivel II.

#### **4.3. Competencias específicas por rotación.**

Referidas en el epígrafe anterior.

#### **4.4. Rotaciones externas**

-Trasplante hepático: Por ejemplo en Hospital Virgen del Rocío en Sevilla, Hospital Reina Sofía en Córdoba, Hospital Clínico de Barcelona.


-Ecoendoscopia/Unidad de páncreas: Por ejemplo en Hospital Clínico de Santiago de Compostela

-Ecografía abdominal terapéutica: Por ejemplo en Hospital de la Paz, Madrid., Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

**4.5 Supervisión actividad asistencial:** Los residentes estarán siempre asignados a un FEA de las distintas áreas asistenciales que realizarán la supervisión correspondiente. En las reuniones trimestrales con el tutor se valorará asimismo el desarrollo de la actividad asistencial y del aprendizaje.

## **5. GUARDIAS**

Los residentes de Digestivo realizan sus guardias en diferentes áreas (Urgencias-Observación-Medicina Interna), ya que no existen guardias de Digestivo de 24 horas propiamente dichas. En las guardias de Medicina Interna de lunes a viernes, con supervisión por médicos adjuntos de digestivo en continuidad asistencial, el residente está en el área de endoscopias y colaborara en la valoración de pacientes con enfermedades digestivas del Área

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
EDICIÓN : 1		FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019

de Urgencias-Observación y de Hospitalización en el horario de tarde (15-20 h), incorporándose a partir de las 20.00 al puesto asignado de Medicina Interna

Las guardias consisten en:

-Guardias en la puerta de urgencias: primera consulta y recepción de los pacientes que acuden a la puerta de Urgencias. Primer diagnóstico y tratamiento de Urgencias.

-Guardias en el área de pacientes críticos de la zona de urgencias: atendiendo a los pacientes más prioritarios y de mayor gravedad que acuden al Servicio de Urgencias.

-Guardias en el área de Observación: pacientes que requieren estabilización y vigilancia y monitorización más intensiva antes de subida a la planta.

-Guardias de Medicina Interna: atención de las llamadas urgentes de los pacientes hospitalizados.

- Los residentes serán supervisados por los FEA de Medicina Interna o de Urgencias o de Aparato Digestivo, en relación a la guardia realizada.

## 6. SESIONES


-Sesiones interhospitalarias, habitualmente los miercoles impartidas por componentes de los distintos servicios del Hospital.

-Sesiones clínicas en la propia Unidad:

\*Sesiones sobre casos clínicos: el residente recoge la experiencia de su práctica diaria, seleccionado aquellos casos que sean de mayor interés, bien por su baja frecuencia, difícil diagnóstico o capacidad de docencia.

\*Sesiones bibliográficas: actualización de temas de interés para toda la Unidad, usando como base artículos de revistas con alto factor de impacto.

\*Reunión de comités: Cáncer colo-rectal, enfermedad Inflamatoria Intestinal, cáncer esófago-gástrico, enfermedades hepato-biliares al que debe

	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019</b>

unirse el residente que esté en cada momento realizando su rotatorio relacionable con la actividad de estos comités.

## **7. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**


Nuestra Unidad viene desarrollando una prolífica actividad investigadora en distintas áreas de conocimiento, como ya se reseñó en epígrafes anteriores.

La práctica de la Medicina tiene tres vertientes, que deben estar reflejadas en todo profesional: asistencial, docente e investigadora. Por este motivo y como complemento y nunca en detrimento de la actividad asistencial, los residentes deberán participar en actividades de investigación.

El primer año debe familiarizarse con la metodología de la investigación, el manejo de bases de datos. El segundo año debería participar como firmante en alguna comunicación. No más allá del tercer año debería ser primer firmante de una y ponente de la misma en congreso de nivel nacional. Lo ideal es que antes de finalizar la residencia haya participado en la redacción de algún artículo original, a ser posible como primer firmante.


Además, en este período se animará al residente a iniciar sus estudios de doctorado y escritura y preparación de tesis doctoral.

Se adjunta documento sobre plan de investigación actualizado de la Unidad de Aparato Digestivo.

	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
EDICIÓN : 1		FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019

## 8. EVALUACIÓN

La evaluación de los y las especialistas internos residentes (EIR) constituye un elemento esencial de la formación especializada y se realizará según la normativa vigente en la actualidad, que se rige por el RD 183/2008 y por Resolución de 3 de julio de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional ([https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-10643](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-10643)). Así, la evaluación del proceso de adquisición de las competencias profesionales durante el período de residencia se realizará mediante la evaluación formativa y la evaluación sumativa (anual y final). La evaluación formativa persigue evaluar el progreso en el aprendizaje del EIR, medir la competencia adquirida en relación con los objetivos del programa de formación de la especialidad e identificar las áreas y competencias susceptibles de mejora. Los principales instrumentos para su realización son el Libro del Especialista en Formación (LEF), y la entrevista periódica entre tutores o tutoras y EIR, de carácter estructurado, semiestructurado o libre y frecuencia mínima trimestral, las cuales servirán de base para la elaboración de los informes de evaluación formativa. La evaluación sumativa anual, por su parte, tiene la finalidad de calificar los conocimientos, habilidades y actitudes de las actividades formativas asistenciales, docentes e investigadoras realizadas conforme al plan individual de formación, al finalizar cada uno de los años que integran el programa formativo de la especialidad. La evaluación sumativa final tiene por objeto verificar que el nivel de competencias adquirido por la persona especialista en formación durante todo el período de residencia le permite acceder al título de especialista. Por último la evaluación del y la EIR a su proceso formativo se realizará mediante una encuesta anónima anual autonómica en la que se evaluarán aspectos generales y específicos del centro docente, unidad docente, Comisión de Docencia y jefatura de estudios, jefatura de unidad docente y tutor-tutora, con el objeto de establecer un proceso de mejora continua de la formación especializada.

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
EDICIÓN : 1		FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019

## **8.1. EVALUACIÓN FORMATIVA: HOJA DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA**


De manera resumida, la hoja de entrevista estructurada incluye:

1. Objetivos conseguidos durante la rotación.
2. Actividades realizadas más enriquecedoras para la formación.
3. Objetivos que faltan por conseguir.
4. Criterios mínimos que faltan para aprobar la rotación.
5. ¿Qué podemos hacer para adquirir los conocimientos / habilidades que faltan por conseguir?
6. Sesiones presentadas.
7. Otras actividades realizadas.
8. Aportación a la gestión de la Unidad.
9. Revisión libro del residente.
10. Problemas e incidencias que se hayan podido producir.
11. Observaciones.
12. Cumplimiento de objetivos desde la anterior entrevista.

## **8.2. HOJAS DE EVALUACIÓN POR ROTACIÓN**

Las rotaciones constituyen uno de los aspectos nucleares en el itinerario de los y las EIR, para la adquisición de todas las competencias necesarias del área de conocimiento de sus respectivas especialidades. La evaluación rigurosa y sistematizada de los mismos, por tanto, es una responsabilidad de todos los actores docentes desde tutores hasta facultativos colaboradores con los que rotan los y las EIR. La evaluación de las rotaciones se realizará al finalizar la misma, utilizándose para ello el modelo vigente en la actualidad y detallado en el PGCD.

La horquilla de puntuación en la evaluación de las rotaciones será de 1 a 10 puntos. Los rotatorios evaluados como insuficientes (1-4 puntos), condicionarán una evaluación anual negativa, quedando bajo consideración del

	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
EDICIÓN : 1		FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019

Comité de Evaluación su catalogación como recuperable o no recuperable. En estos supuestos el comité de evaluación establecerá una recuperación específica programada que el especialista en formación deberá realizar dentro de los tres primeros meses del siguiente año formativo, conjuntamente con las actividades programadas de este, y siendo reevaluado ulteriormente tras finalizar el período de recuperación. Adicionalmente aquellas rotaciones que sean evaluadas con una nota superior a 9, el tutor/a o colaborador/a docente responsable tendrá que adjuntar un informe explicativo de evaluación. En caso de no constar ese informe, la evaluación de esa rotación será 9 puntos.


### 8.3 HOJA DE EVALUACIÓN FINAL

La evaluación se vertebrará fundamentalmente en la evaluación de las rotaciones (máximo 10 puntos). A este núcleo central se sumará aritméticamente la evaluación de las actividades complementarias docentes-investigadoras (máximo 1 punto) y la valoración del tutor (máximo 10 puntos)

- Componentes de la evaluación anual:

- 1) *Evaluación de las rotaciones*: Compuesta por la evaluación media ponderada por duración de las rotaciones del año formativo. Horquilla 1-10 puntos. Valor del 65% del total.
- 2) *Evaluación del LEF por parte del tutor o tutora*: el tutor o la tutora valorará tanto el contenido de competencias específicas del LEF y su formato, como la trayectoria (comprobable a través de las actas de entrevistas trimestrales) seguida por el/la residente, aspecto clave a tener en cuenta en la evaluación sumativa anual. Horquilla 1-10 puntos. Valor 25% del total.

La obtención de una evaluación media de las rotaciones (apartado 1) y/o de la evaluación del LEF por el tutor (apartado 2) por debajo de 5 imposibilitará la evaluación positiva anual. El comité de evaluación deberá establecer el necesario período de recuperación de esas competencias no adquiridas

	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019</b>

por el EIR, siempre y cuando ésta evaluación negativa se considere de carácter recuperable.

En los casos en los que el LEF sea evaluado con una nota superior a 9 puntos, el tutor/a responsable tendrá que adjuntar un informe explicativo de evaluación. En caso de no constar ese informe, la evaluación del LEF ese año formativo será de 9 puntos..

3) *Evaluación de actividades docentes, investigación y otras*: se evaluará según ficha independiente consensuada y homogénea para todo el SSPA, puntuando sólo en positivo, de manera que su objetivo principal será fomentar el mérito y el sobreesfuerzo. La puntuación obtenida en este apartado sumará aritméticamente a la media obtenida en los apartados 1 y 2. Horquilla 0-1 punto.


Por parte de la Dirección del Plan Estratégico de Formación Integral se habilitará una hoja específica informatizada de acuerdo a la normativa, que se pondrá a disposición de las figuras docentes para la cumplimentación y facilitación del autocálculo en la evaluación anual.

-Categorización de la evaluación en los diferentes tramos:

El abanico posible final de la evaluación anual oscilará entre un suelo de 1 y un techo de 10, con la siguiente categorización:

- a. 1-2 puntos: MUY INSUFICIENTE.
- b. 3-4 puntos: INSUFICIENTE
- c. 5 puntos: SUFICIENTE
- d. 6-7 puntos: BUENO
- e. 8-9 puntos: MUY BUENO
- f. 10 puntos: EXCELENTE

## 9. BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019</b>

-Libros de texto:

- \* Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease.
- \* Atlas of Clinical Gastrointestinal Endoscopy.
- \* Zakim and Boyer's Hepatology.

-Revistas internacionales con alto factor de impacto:

- \* Hepatology .
- \* Gastroenterology.
- \* Inflammatory Bowel Diseases
- \* Journal Crohn Colitis (JCC)
- \* Gut.
- \* Gastrointestinal Endoscopy.
- \* Journal Hepatology.
- \* American Journal of Gastroenterology.
- \* New England Journal of Medicine.
- \* Lancet.

- Revistas Nacionales

- \* Revista Española de Enfermedades Digestivas.
- \* Gastroenterología y Hepatología.

## **10 PLAN INDIVIDUALIZADO DE FORMACIÓN**


Se adjunta de manera separada.

## **11 ACTIVIDADES FORMATIVAS DEL PLAN TRASVERSAL COMUN:**

**Los residentes deberán realizar de forma obligatoria, con supervisión del tutor, de los siguientes cursos:**

- 1.- Bioética y profesionalismo (R1)**
- 2.- Comunicación asistencial y trabajo en equipo (R1)**
- 3.- Metodología de la investigación (R3)**



	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
		EDICIÓN : 1

4.- Asistencia basada en la evidencia y calidad (R3)

5.-Soporte vital avanzado (R2)

6.-Proteccion radiológica (R2)

## 12.-ANEXOS

### - PLAN DE FORMACIÓN:

#### CRONOGRAMA GENERAL RESIDENTES DIGESTIVO-HOSPITAL DE VALME


	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
R1	MI	MI	MI	MI	MI	MI-INF	CS	CS	Hosp Dig	Hosp Dig	Hosp Dig	Hosp Dig
R2	Hosp Dig	Hosp Dig	Hosp Dig	Hosp Dig	Hosp Dig	Hosp Dig	Hosp Dig	End Diag	End Diag	End Diag	End Diag	End Diag
R3	End Diag	End Ter	End Ter	End Ter	*End Ter *ECO	*End Ter *ECO	*End Ter *ECO	UCI	UCI	Rot Ext Opt	Rot Ext Opt	Rot Ext Opt
R4	Cons Exter Hosp	Cons Exter Hosp	Cons Exter Hosp	Cons Exter Hosp	Cons Exter Hosp	Cons Exter Hosp	Cons Exter Hosp	HD ECO CPRE	HD ECO CPRE	Cons Exter Area	Hosp Dig	Hosp Dig

**MI:** Medicina Interna ( Hospitalización)

**MI-INF:** Enfermedades infecciosas

**CS:** Centro de Salud-Atención Primaria

**Hosp Dig:** Digestivo (Hospitalización)

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
EDICIÓN : 1		FECHA DE ELABORACIÓN: 15/04/2019

**End Diag : Digestivo (Endoscopia diagnóstica-ambulatoria)**


**End Ter : Digestivo (Endoscopia terapéutica-hospitalización)**

**ECO: Digestivo (Ecografía)**

**UCI : Unidad cuidados intensivos**

**Rot Ext Opt : (las fechas pueden variar) Rotatorio externo optativo.**

**Unidad de Trasplante hepático, Unidad de Sangrantes, Pruebas funcionales digestivas, Unidad de Páncreas, Unidad de EII, Endoscopia avanzada, Ecografía avanzada**

	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA 8/06/16 ELABORACIÓN:</b>


## **Plan de investigación de la UGC Ap. Digestivo 2019.**

### ***Líneas de investigación:***

- **Enf. Inflamatoria Intestinal:**

1.1 Proyecto investigación: *Interacción huésped-flora en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal: epigenética (microARNs) y metagenómica (microbiota). Modulation of the fecal metagenome in patients with Crohn's disease.*

**Resumen:** *La enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad crónica, de etiología no aclarada, que conlleva un deterioro de la calidad de vida, y cuyo manejo supone un alto coste económico. En su patogénesis interactúan, de forma compleja, factores genéticos, ambientales e inmunológicos. La alteración en la expresión de los micro-ARNs constituye un evento importante en el desarrollo y la posterior manifestación clínica de la EII. Los micro-ARNs participan en varios procesos biológicos, como el desarrollo, la diferenciación celular, la proliferación y la apoptosis. En la EC se ha documentado la expresión diferenciada de varios micro-ARNs, cuya expresión varía según la actividad de la enfermedad y la distribución de la misma. Por otro lado, la epigenética está influida por la microbiota, que regula la expresión de los micro-ARNs. El objetivo de nuestro proyecto es identificar los mi-ARNs implicados en la EC, que puedan ser útiles como marcadores biológicos de diagnóstico precoz y de desarrollo de complicaciones. Además, analizaremos la interacción entre el enterotipo y los micro-ARNs. Para ello, tomaremos muestras de heces, sangre y biopsia intestinal de pacientes con EC y distinto fenotipo, para la identificación de la comunidad microbiana, extracción de ARN y el análisis de los mi-ARNs específicos. El descubrimiento y el papel de los micro-ARNs y de la*

	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA 8/06/16 ELABORACIÓN:</b>

*microbiota en la EII, ofrece una nueva vía de comprensión de esta enfermedad y del desarrollo de nuevas herramientas y estrategias terapéuticas. Es posible que algunos micro-ARNs sirvan como biomarcadores de EII y lideren el desarrollo de tratamientos personalizados.*

### 1.2. Base de datos de EII de pacientes con tratamientos biológicos.


Base de datos para la recogida de pacientes diagnosticados de enfermedades inflamatorias. Recogida del inicio y fin de los tratamientos biológicos administrados al paciente.

### 1.3. Desarrollo de la Tesis Dra. Romero.

## **2. Hepatitis víricas:**

2.1. Trabajo Nicolás Monardes: Implementación de una herramienta basada en ultra-secuenciación para la determinación de sub-genotipos del virus de la hepatitis C: optimización del tratamiento. Proyecto PI14/01349; Instituto de Salud Carlos III

**Resumen:** La llegada de la nueva generación de tratamientos de la Hepatitis C (agentes antivirales de acción directa, llamados DAAs), supone una mejora significativa en las tasas de curación de la Hepatitis C frente a los tratamientos actuales. Sin embargo, estos nuevos fármacos tienen un coste muy superior y el impacto presupuestario de su introducción puede multiplicar los costes actuales. La eficacia de los nuevos tratamientos viene fuertemente condicionada por el genotipo, sub-genotipo y mutaciones de resistencia presentes en cada paciente. El objetivo fundamental de este proyecto es la implantación de una plataforma de subtipado de alta resolución para la determinación precisa de genotipos y subgenotipos en muestras de pacientes con hepatitis C. Dicha plataforma está basada en el

	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA 8/06/16 ELABORACIÓN:</b>

sistema 454 GS de Roche, disponible actualmente en el Hospital de Valme y que se pretende sea el centro de referencia para estas determinaciones en Andalucía. El subtipado de alta resolución, junto a la detección de mutaciones de resistencia a los nuevos fármacos, permitirá guiar la terapia más coste-efectiva en cada caso, proporcionando un ahorro estimado de 28 millones de euros anuales respecto a los métodos actuales.

**2.2 STOP ANDALUCIA.** Estudio retrospectivo de la evolución de los pacientes con HCB HBeAg negativo y sin pérdida HBsAg, tras la suspensión del tratamiento con análogos de nucleós/tidos. Estudio a nivel Andaluz liderado por el Dr. Emilio Suárez. Hospital Universitario Virgen de Valme.


**2.3** Inclusión de pacientes en la Base de datos a nivel Nacional HepaC.

### **3. Hepatopatías:**

**3.1 VALDEGRAS** Esteatosis hepática (Solicitado a Consejería de Salud 2018) IP. Dra. Elena Hoyas. Desarrollo de proyecto investigación: prevalencia de EHNA en pacientes con Diabetes mellitus, en colaboración con UGC Endocrinología y Nutrición.

**3.2 Liver Fibrosis (MICINN 2019)** (IPs Dr. Lourdes Grande y José A Del Campo): Protective effects against liver fibrosis progression in an animal model of NAFLD promoted by natural soluble extracts from edible fungi. Role of candidate miRNAs as biomarkers for fibrosis progression.


**Resumen:** Fibrosis is associated with many liver diseases, including hepatitis C virus infection, iron deposition, alcohol consumption, and non-alcoholic fatty liver disease. Following a fibrogenic stimulus, hepatic stellate cells (HSCs) are

	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA 8/06/16 ELABORACIÓN:</b>

activated from their normal quiescent state. Liver fibrosis progression can be attenuated by drugs or natural compounds by down regulation of specific genes and proteins involved in liver diseases. The underlying mechanism for the development and progression of NAFLD is complex and multifactorial. The progression and resolution of fibrosis is a complex process involving parenchymal and non-parenchymal liver cells, as well as infiltrating immune cells. Besides, a key role for microRNAs in liver diseases, especially for NAFLD and fibrosis progression has been pointed out, and several candidate miRNAs have emerged as attractive candidate biomarkers. We have recently identified edible fungi extracts, being able to abolish fibrosis-related gene expression “in vitro” (See Annexes for details). In this project proposal we aim to evaluate chemical-induced liver damage (acute) and fibrosis progression (chronic) in animal models upon treatment with natural extracts, non-toxic isolated products from fungi (Patent #P201531500). On the other hand, a microRNAs analysis will be conducted to search for possible markers of fibrosis progression.

### 3.3 Inflammasome and liver diseases –(Proyecto Coordinado). IP José A Del Campo.

**Resumen:** Inflammasomes are newly recognized, vital players in innate immunity, being the NLRP3 the best characterized. It is present primarily in immune and inflammatory cells following activation by inflammatory stimuli. Inappropriate activation of the NLRP3 inflammasome can contribute to the onset and progression of various diseases, including liver disease. It is well established that HCV-induced IL-1 $\beta$  production by hepatic macrophages plays a critical and central process that promotes liver inflammation and disease. Specific contribution of persistent NLRP3 inflammasome activation in hepatic parenchymal versus non-parenchymal cells to liver pathology *in*

	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA 8/06/16 ELABORACIÓN:</b>

*vivo* and the molecular mechanisms involved in this process remain incompletely understood. In this project, we aim to analyze the role of NLRP3 on inflammation and fibrosis markers (GATA4, COL1A1) using different approaches *in vitro* and *in vivo*.

**3.4 Protocolo Alcohol.** Determinar si la patología de hígado se asocia por un consumo excesivo de alcohol y si así fuera evaluar las situaciones sociales que pueden influir.

**Resumen:** Se pretende estudiar como afecta el contexto social al consumo de alcohol y su incidencia en pacientes con trastornos hepáticos. Y a la vez estudiar las características sociodemográficas de la población con daño hepático grave vinculada al consumo de alcohol.


**3.5** Inclusión de pacientes en la base de datos a nivel nacional HEPAMET. Registro nacional de enfermedades hepáticas por trastornos metabólicos relacionadas con la grasa: Esteatosis y Esteatohepatitis no alcohólico.

**3.6** Realización y actualización de base de datos local de hepatopatías. En esta base de datos se registra a los pacientes con hepatopatías que acuden a consulta de Digestivo del Hospital de Valme, permitiendo hacer una selección por las distintos diagnósticos.

#### **4. Gastroenterología:**

Pautas de tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori* (IP Dr. Manuel Castro).

**Resumen:** Estudios multicéntricos de la AEG sobre tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. En concreto:1) Tratamiento erradicador de segunda línea con esomeprazol, levofloxacino, bismuto y amoxicilina durante

	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA 8/06/16 ELABORACIÓN:</b>

14 días. 2) Tratamiento de tercera línea con IBP-levofloxacino y amoxicilina. Evolución de su eficacia. 3) Tratamiento de cuarta línea con IBP-rifabutina y amoxicilina.

### **Ensayos clínicos:**

1- PROTOCOLO: GS-US-337-1431: A Registry for Subjects with Cirrhosis Who Achieve a Sustained Virologic Response Following Treatment with a Sofosbuvir-Based Regimen without Interferon for Chronic Hepatitis C Infection.

2-PROTOCOLO CCR-OC-001. “Colorectal Cancer Omics Collection”.


El objetivo de este estudio es identificar un panel de biomarcadores asociados a cáncer de colon y estadios precancerosos basados en genómica, transcriptómica, y/o otras potenciales técnicas “ómicas” en muestras obtenidas de manera prospectiva para establecer los parámetros de análisis adecuados que puedan conducir a un desarrollo de un test. Promotor Universal Diagnostics S.L.

3-AURORA. Estudio retrospectivo de la Evolución de los pacientes con HCB HBeAg negativo y sin pérdida HBsAg, tras la suspensión del tratamiento con análogos de nucleósidos. Promotor Tobira Therapeutics, filial de Allergan.

4-MGL ESTEATOSIS. Estudio en fase III/IV, multicentrico, aleatorizado, con doble enmascaramiento, controlado con placebo, para evaluar la eficacia y seguridad de la molécula MGL-3196 en pacientes adultos con esteatohepatitis no alcohólica. Promotor Madrigal Pharmaceuticals.

5-INFLAMATORIA: SustAIN. Estudio observacional y retrospectivo sobre la efectividad y tolerabilidad de ustekinumab en la práctica clínica en pacientes con enfermedad de Crohn activa.




	<b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b>	<b>Anexo 7</b>
<b>EDICIÓN : 1</b>		<b>FECHA 8/06/16 ELABORACIÓN:</b>

**Colaboraciones.**

13. Estudio prospectivo de los factores clínicos y virológicos asociados al control virológico tras retirada del tratamiento antiviral en pacientes con hepatitis crónica HBeAg negativo. Hospital Clínic, Servicio de Hepatología.
  
14. Biopsia hepática guiada por ultrasonografía endoscópica (USE-BH). Estudio prospectivo y multicéntrico Español. Hospital Universitario Doce de Octubre. Dra. Alvarez-Nava Torrego, M.<sup>a</sup> Teresa y Perez Carreras, M<sup>a</sup> Mercedes.

**Finalizados 2018:**

- 1-Cáncer colon rectal (Finalizado en 2018):  
Estudio prospectivo multicéntrico de cáncer colon rectal: Metabolomics based detection of early stage cancers.
- 2- A Phase 3, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study Evaluating the Safety and Efficacy of Selonsertib in Subjects with Nonalcoholic Steatohepatitis (NASH) and Bridging (F3) Fibrosis. Selonsertib. Protocol GS-US-384-1943 Gilead Sciences, Inc. Finalizado.
- 3-A Phase 3, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study Evaluating the Safety and Efficacy of Selonsertib in Subjects with Compensated Cirrhosis due to Nonalcoholic Steatohepatitis (NASH). Selonsertib Protocol GS-US-384-1944 Gilead Sciences, Inc. Finalizado.
- 4-Estudio de seguimiento a largo plazo de los sujetos que participaron en un ensayo clínico en el que se administró asunaprevir (B650032) y/o daclatasvir(BMS-790052) para el tratamiento de la hepatitis C crónica.”

 <p>JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD</p>	<p><b>GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES</b></p>	<p><i>Anexo 7</i></p>
<p>EDICIÓN : 1</p>		<p>FECHA 8/06/16 ELABORACIÓN:</p>

5-Multicenter, Non-Interventional, Retrospective, Matched Cohort Study of Patients Monoinfected with Chronic Hepatitis B and with Moderate or Severe Renal Impairment Treated with Viread® or Baraclude®