

GUÍA FORMATIVA DEL RESIDENTE DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

**Unidad Docente: AGS Campo de Gibraltar.
Jefe Unidad Docente: Dr. Manuel Rodríguez
Ramos
Tutor: Dr. David Sánchez Relinque
Hospital Punta de Europa. Algeciras**

Aprobado en Comisión de Docencia con fecha:

ÍNDICE

	Pág.
1. BIENVENIDA	3
2. Unidad Docente de AGS Campo de Gibraltar	4-6
2.1. Estructura física	4
2.2. Organización jerárquica y funcional	5
2.3. Cartera de Servicios	5
3. PROGRAMA FORMATIVO OFICIAL DEL ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO (O enlaces)	6
4. GUÍA O ITINERARIO FORMATIVO DEL RESIDENTE DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO.	6-33
4.1. Competencias generales a adquirir durante la formación	6-21
4.2. Plan de rotaciones	21-22
4.3. Competencias específicas por rotación	22-32
4.4. Rotaciones Externas	32-33
5. GUARDIAS	33-34
6. SESIONES	34
7. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	35-36
8. EVALUACIÓN	36-37
8.1. FORMATIVA: HOJA DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA	37
8.2. HOJAS DE EVALUACIÓN POR ROTACIÓN	37
8.3. HOJA DE EVALUACIÓN FINAL	37
9. BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA	38-39
10. PLAN INDIVIDUALIZADO DE FORMACIÓN	39-41
11. OTROS	42

1. BIENVENIDA

Bienvenid@ en nombre de tod@s los que formamos parte del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Punta de Europa de Algeciras.

Nuestra más sincera felicitación por haber superado la prueba de acceso a la formación EIR, y haber elegido para completar tu formación el Hospital de Algeciras.

La Comisión de Docencia y en especial, el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Punta de Europa, tenemos como principal obligación durante tu periodo de formación especializada en nuestro centro: velar por tu aprendizaje, que se cumplan los programas de docencia y alcances los conocimientos necesarios para ejercer con garantías esta especialidad.

Te esperan cinco años de mucho trabajo y dedicación y, en este Hospital tienes la posibilidad de formarte como gran especialista, sin olvidar nunca el lado humano.

Enhorabuena y mucha suerte.

Dr. David Sánchez Relinque
Tutor de Residentes de Cirugía General y Aparato Digestivo

2. EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL PUNTA DE EUROPA:

2.1. Estructura física

Hospital Punta de Europa (Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar)

Información general

Dirección: Carretera de Getares s/n

Municipio: Algeciras

Provincia: Cádiz

Código postal: 11207

Datos de contacto

Urgencias: 902 50 50 61

Centralita: 956 02 50 00

Atención al ciudadano: 956 02 51 47

FAX: 956 02 50 02



La UGC de Cirugía General y Aparato Digestivo (CGAD) se encuentra en la 2º planta del Hospital. En dicha planta se encuentran también el.

En esta planta encontramos el área de Quirófanos, las camas de ingreso de la Especialidad, la sala de Sesiones, la Sala de Taquillas y habitación del Residente, el despacho del Jefe de Servicio y la secretaría.

Las consultas externas de Cirugía General y Ap.Digestivo se encuentran junto a las consultas del resto de Especialidades en el Módulo Anexo a Urgencias en la planta baja. En la 4º planta se encuentra la Unidad de Internamiento de Reclusos.

2.2. Organización jerárquica y funcional

Jefe de Servicio: Dr. Manuel Rodríguez Ramos

Secretaría del Servicio: Sra. Inmaculada Picon y Pepi

El Servicio de CGAD del Hospital Punta de Europa consta actualmente de nueve Facultativos Especialistas de Área (F.E.A) y cinco Médicos Internos Residentes, así como un equipo de enfermería, auxiliares, celadores y matronas para cubrir la actividad asistencial.

2.3. Cartera de Servicios

El Servicio de CGAD posee una amplia cartera de Servicios, incluyendo el manejo de todas las patologías quirúrgicas propias de la Especialidad salvo la Cirugía Bariátrica y la Cirugía de Transplante.

3. PROGRAMA FORMATIVO OFICIAL DEL ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO.

Se adjunta la guía de formación oficial de la especialidad publicada en BOE por el Ministerio de Sanidad, a través del siguiente enlace): **ANEXO I**

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

4. GUÍA O ITINERARIO FORMATIVO DEL RESIDENTE DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4.1. Competencias generales a adquirir durante la formación

Los objetivos que han de lograrse en un buen residente de CGAD son:

- Conocimiento amplio de los problemas médicos generales con los que se va a enfrentar.
- Formación suficiente en la propia especialidad
- Deseo de continuar aprendiendo
- Capacidad de juicio y reflexión
- Que sea humano
- Logro de habilidades y experiencia técnica.

El último punto citado es el que la mayoría de los residentes quieren alcanzar cuanto antes, y sin embargo es tan sólo uno entre los importantes. A ellos les añade una serie de adjetivos calificativos: inteligente, competente, agresivo, cooperativo, entusiasta y fiable.

La elaboración de un programa docente para la formación de especialistas viene condicionado por la capacidad docente, por la existencia de una estructura clínica adecuada; y orientada por la Comisión Nacional de CGAD.

El objetivo primario a cubrir por el programa docente de la especialidad será el de ofrecer las líneas generales de formación para obtener especialistas que, siendo competentes en el conocimiento y ejercicio de la especialidad, resulten útiles a la sociedad donde han de desarrollar su actividad.

La complejidad y variedad de las facetas abarcadas por la CGAD actual condicionan que un especialista tenga la obligación de conocer globalmente todas ellas y quede en situación para, si así lo requiere, continuar su formación con mayor profundidad en alguna o algunas de las facetas específicas.

Por tanto, puede definirse como especialista "útil a la sociedad" aquél que conoce los fundamentos científicos y criterios diagnósticos y terapéuticos básicos de todas las facetas de la especialidad. Ha de ser capaz de conocer sus propias limitaciones para actuar en consecuencia. Ha de tener, asimismo, la capacidad de mantener sus conocimientos actualizados y ampliados en las vertientes que estime conveniente.

Son, por tanto, objetivos secundarios del programa de docencia de CGAD los siguientes:

- Obtener especialistas con visión global de la materia.

- Capaces de autocrítica.
- Capaces de realizar correctamente todo lo que puede interpretarse como actividades básicas de la especialidad.
- Con el suficiente sentido clínico como para poder actuar como médico primario del paciente cuando el caso lo requiera. No olvidarlo nunca, somos Médicos además de Cirujanos.
- Con conocimientos suficientes fundamentados como para poder continuar y completar su formación.

Para ello parece necesario enunciar un **programa teórico** y un **programa de orientación práctica**, teniendo siempre en cuenta que el Residente es el principal protagonista y responsable de su propia formación. Será su esfuerzo personal, debidamente orientado, prescindiendo de consideraciones estrictamente laborales, lo que le llevará a poder cumplir satisfactoriamente el objetivo deseado. Deberá exigir y recibir de la Institución donde desarrolle su labor la dirección y tutorización debidas.

Programa teórico. Líneas generales.

1. Se dará por conocido el programa de la Especialidad que se imparte a los alumnos de Licenciatura.
2. De acuerdo con ello, se desarrollarán los contenidos con el nivel científico y práctico adecuado, distribuidos por bloques de conocimientos.
3. El temario que se cita a continuación no debe considerarse como una lista rígida e inamovible, sino como guía de conocimientos que el Residente, además de otros básicos de la Especialidad, debe adquirir durante el período de formación. Es evidente que en la transcripción del programa no pueden figurar todos y cada uno de los temas posibles. Sólo se citarán aquéllos o parte de los mismos que se consideren de mayor interés actual.

FORMACION EN INVESTIGACION

Se considera que el Residente, al terminar su formación, debe estar capacitado para enjuiciar correctamente y críticamente un trabajo de investigación aplicado a la CGAD. Ello le permitirá mantener al día sus conocimientos mediante un estudio diferenciado de la literatura.

Para conseguir este objetivo es necesario:

1. La realización y correcta conducción de sesiones bibliográficas periódicas.
2. El aprendizaje de los criterios para establecer un protocolo y la realización del mismo.
3. Presentación, en forma de comunicaciones o posters, de sus resultados en los Congresos de la Especialidad.
4. Publicación en alguna revista nacional o extranjera de reconocido prestigio a lo largo de todo el periodo de Residencia.

4.2. Plan de rotaciones

R1

MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
Cirugía: Pared	Cirugía: Pared	Cirugía: Pared	Cirugía:Pared/Vacacions
SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Cirugía: Endocrino	Cirugía:Endocrino	Cirugía: Mama	Cirugía: Mama
ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL
Centro de Salud	Centro de Salud	Anestesia	UCI

R2

MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
Cirugía: Colon	Cirugía: Colon	Cirugía: Colon	Cirugía:Colon/Vacacions
SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Cirugía: Procto	Radiología	Cirugía: HBP	Cirugía: HBP
ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL
Cirugía: HBP	Cirugía: Laparo	Cirugía: Laparo	Cirugía: Laparo

R3

MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
Cirugía	Cirugía	Cirugía	Cirugía/Vacacions
SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Cirugía Vascular	Cirugía Pediátric	Cirugía Torácica	Cirugía Torácica
ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL
Cirugía	Cirugía	Cirugía	Endocrino y Mama

R4

MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
Endocrino y Mama	Cirugía	Cirugía	Cirugía/Vacacions
SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Trasplante y HBP	Trasplante y HBP	Trasplante y HBP	Cirugía
ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL
Cirugía	Cirugía	Cirugía	Cirugía

R5

MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
Cirugía	Cirugía	Cirugía	Cirugía/Vacacions
SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Cirugía	Colo-rectal	Colo-rectal	Cirugía
ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL
Cirugía: Colon	Extranjero	Extranjero	Cirugía

4.4. Rotaciones externas

R1:

- Medicina Familiar y Comunitaria (1-2 meses)
- Anestesia y Reanimación: 1 mes
- Medicina Intensiva: 1 mes

R2:

- Radiología: 1 mes

R3:

- Cirugía Torácica: 2 meses
- Cirugía Vasculat: 2 meses

R4:

- Cirugía Hepatobilio-pancreática: 2-3 meses

R5:

- Rotación por Centro Hospitalario de Prestigio en el Extranjero

Este listado no es único, obligatorio ni excluyente. El residente puede solicitar otro centro no incluido a cambio de los propuestos, siempre y cuando sea un centro acreditado para ello y con referencias adecuadas, y siempre a través de la autorización de tutor, jefe de servicio y Comisión de Docencia.

5. GUARDIAS

El número habitual de guardias a realizar será de **5 guardias al mes (número limitado por la situación económica actual), 1 al menos en fin de semana o festivo**. Esta norma es aplicable durante todos los años de residencia, salvo para el residente de I año, que de las 5 guardias, realizará 2 o 3 en urgencias generales. En los siguientes años, todas las guardias se realizarán en CGAD.

Plan de supervisión de Guardias en el Área de Urgencias Generales:

(para residente de primer año).

Con independencia de su Especialidad, cualquier médico debe tener un mínimo de competencias en aspectos generales de la práctica de la Medicina.

Los **objetivos docentes** de esta actividad serán:

Adquirir agilidad en el manejo de los enfermos con patología aguda.

Aumentar la destreza y fluidez en la elaboración de juicios clínicos.

Alcanzar la necesaria seguridad e incrementar su nivel de responsabilidad en las decisiones terapéuticas de los enfermos.

En este sentido, los cometidos de los residentes de primer año serán:

Realizar la historia clínica y examen físico del enfermo.

Ordenar las pruebas de laboratorio y complementarias encaminadas a establecer el diagnóstico, al menos sindrómico, del enfermo.

Propuesta del tratamiento oportuno.

Evaluar la necesidad de ingreso del paciente en el hospital, ser dado de alta o traslado, para lo que tendrá que estar supervisado por un médico del servicio.

Para estas labores se contará con la supervisión de los médicos de plantilla del Área de Urgencias. A ellos recurrirá para las consultas que estime necesarias compartiendo así la responsabilidad de sus decisiones.

Durante este periodo siempre estarán tutelados **DE PRESENCIA FÍSICA** por los Facultativos Especialistas de la unidad de urgencias. Firmarán los documentos asistenciales que elaboren, que deberán estar visados por escrito por el adjunto que supervisa su actuación.

6. SESIONES

Las Sesiones Clínicas del Servicio se realizarán todos los Viernes, a las 8 horas de la mañana en la Sala de Sesiones del Servicio, asisten todos los F.E.A. y Residentes del Servicio, aunque su entrada es libre para todo personal hospitalario que esté interesado en asistir.

Las Sesiones se planificarán con antelación, cada semestre. Estas sesiones serán impartidas tanto por adjuntos como por residentes (adecuadamente tutorizados) tomando una actitud activa y participativa.

Todas estas actividades lectivas son de obligada asistencia para los Residentes.

7. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Se considera que el Residente, al terminar su formación, debe estar capacitado para enjuiciar correctamente y críticamente un trabajo de investigación aplicado a la CGAD. Ello le permitirá mantener al día sus conocimientos mediante un estudio diferenciado de la literatura. Para conseguir este objetivo es necesario:

1. La realización y correcta conducción de sesiones bibliográficas periódicas.
2. El aprendizaje de los criterios para establecer un protocolo y la realización del mismo.
3. Presentación, en forma de comunicaciones o posters, de sus resultados en los Congresos de la Especialidad.
4. Publicación en alguna revista nacional o extranjera de reconocido prestigio a lo largo de todo el periodo de Residencia.

La investigación debe realizarse de forma progresiva en cuanto a su complejidad. A título orientativo pueden asumirse los siguientes criterios:

- R-I : Revisiones de la casuística
Estadísticas
Consultas bibliográficas
- R-II : Revisiones de conjunto
Revisiones de casos clínicos
Resultados de patologías específicas
- R-III: Protocolos prospectivos de tipo clínico
Inicio de la tesis doctoral

R-IV: Tesis doctoral
Protocolos prospectivos básicos
Participación en investigaciones clínicas multicéntricas.

Existen líneas de investigación en nuestro Servicio en el campo de la CGAD en la que ***las Residentes pueden y deben formar parte***, desde un punto de vista docente así como desde un punto de vista práctico, participando de forma activa con todo el personal del servicio.

Además las Residentes deberán participar, al menos, en una **comunicación cada año de Residencia** a un Congreso de nuestra especialidad, así como realizar, como mínimo, una **publicación de un artículo en una revista científica a lo largo de la Residencia.**

8. EVALUACIÓN

La valoración de los conocimientos y de la capacidad global del Especialista Interno Residente (EIR) está fundamentada en la Evaluación Permanente durante su formación y permanencia en el Servicio.

Ello será posible por la convivencia diaria del personal del Servicio con los EIR. Se realizarán **reuniones mensuales**, con **informes cada 4 meses que evalúen la situación de cada uno de los EIR**, a través de su tutor, que serán notificadas a la Comisión de Docencia.

Además, por cada una de las rotaciones realizadas por las EIR, se deberá realizar una **evaluación de la rotación a cargo del Facultativo responsable de dicha área** y que lo remitirá al tutor.

Para la evaluación anual, se tendrán en cuenta todos y cada uno de estos informes trimestrales y evaluación de las rotaciones, así como el **informe anual del tutor**, que tendrá un valor específico.

El informe del tutor reflejará los datos aportados por el Jefe de Servicio, asesorados por el resto de Médicos Adjuntos que hayan mantenido, durante el curso que se trate, un contacto más directo con el EIR.

Todos estos informes se presentarán en Comisión de Docencia, donde el juicio definitivo se establecerá mediante la valoración de otros datos que completarán el perfil personal y científico del EIR: Actitud, trato a las pacientes, disciplina en el centro, cumplimiento del programa docente, actuación en sesiones clínicas y científicas, publicaciones realizadas, comunicaciones a Congresos y cualquier otro tipo de méritos adquiridos durante los años de formación.

Se establecerá un mecanismo de control bidireccional (informes de evaluación que cumplimentarán los EIR) con los que también se evalúe la propia docencia del centro, incluyendo rotaciones, tutor, personal del servicio y sugerencias de mejora.

Con la información de las distintas evaluaciones, la Comisión de Docencia, escuchado el informe de los tutores, emitirá el resultado final, (apto o no apto), para poder seguir con su programa formativo. Se adjunta documento que explica el baremo de puntuación para la evaluación (**Anexo II**)

Al completar su último año de formación (5º año), el EIR deberá realizar una **memoria completa que incluya los 5 años de formación** que presentará a la Comisión de Docencia.

En aquellos casos -excepcionales- en que se estime que el Médico Residente no ha alcanzado el grado suficiente de formación, será sometido a la realización de las pruebas necesarias para determinar su aptitud. En todo caso, el Residente declarado "no apto" al finalizar el curso, tendrá derecho a ser escuchado por la Comisión de Docencia del Centro o, incluso, por la Comisión Nacional de la Especialidad.

8.1. HOJA DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA

Se adjunta copia con formato para entrevista estructurada que debe realizarse cada 4 meses entre tutor y residente. (ANEXO III)

8.2. HOJAS DE EVALUACIÓN POR ROTACIÓN

Se adjunta copia con formato para evaluación parcial de cada rotación. (ANEXO IV),

8.3 HOJA DE EVALUACIÓN FINAL

Se adjunta copia con formato para evaluación ANUAL/FINAL. (ANEXO V),

9. BIBLIOGRAFIA BÁSICA RECOMENDADA

- Manual de la Asociación Española de Cirujanos.
- Sabiston. Tratado de Patología Quirúrgica.
- Enciclopedia Médico Quirúrgica.
- Hernia inguinocrural. Fernando Carbonell Tatay.
- Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos.

Temario Básico de Cirugía General y Aparato Digestivo

Hospital Punta Europa. Algeciras.

David Sánchez Relinque (Tutor Residentes Cirugía General y Ap. Digestivo).

Ante todo recalcar que se trata de un “temario básico” para la formación del Residente según su Programa Formativo específico diseñado EN SU PRIMER AÑO, y por tanto no debe ser considerado por el Residente como suficiente.

Periodo Mayo – Agosto:

- Semana 18-24 Mayo: Apendicitis aguda
- Semana 25-31 Mayo: Abdomen agudo
- Semana 01-07 Junio: Anatomía de la región inguinocrural
- Semana 08-14 Junio: Etiopatogenia, exploración clínica y clasificación hernia inguinocrural
- Semana 15-21 Junio: Técnica de Rutkow-Robins y técnica de Lichtenstein
- Semana 22-28 Junio: Técnicas de Berliner, Bassini, Shouldice, Nyhus, Gilbert y vía laparoscópica (TEP y TAPP)
- Semana 29-05 Julio: Repaso (extra: manejo y tto: Colecistitis aguda, pancreatitis aguda y diverticulitis aguda)
- Semana 06-12 Julio: Eventración y evisceración

- Semana 13-19 Julio: Hernia umbilical, hernia de Spieguel y hernias poco frecuentes (lumbares, obturatrices...)
- Semana 20-26 Julio: Anatomía suelo pélvico
- Semana 27-02 Agosto: Hemorroides
- Semana 03-09 Agosto: Abscesos, fístulas y fisuras perianales
- Semana 09-15 Agosto: Repaso

Periodo Septiembre – Noviembre:

- Semana: 01-06 Septiembre: Anatomía cervical, mama y axila
- Semana: 07-13 Septiembre: Nódulo tiroideo, bocio multinodular e hipertiroidismo
- Semana: 14-20 Septiembre: Carcinoma de tiroides
- Semana: 21-27 Septiembre: Tiroidectomía total y hemitiroidectomía
- Semana: 28-04 Octubre: Repaso
- Semana: 05-11 Octubre: Manejo y tto de las enfermedades benignas de mama
- Semana: 12-18 y 19-25 Octubre: Cáncer de mama
- Semana: 26-01 Noviembre: Reconstrucción de mama y ganglio centinela
- Semana: 02-08 Noviembre: Repaso
- Semana: 09-15 Noviembre: Hiperparatiroidismo primario. Paratiroidectomía
- Semana: 16-22 Noviembre: Incidentaloma suprarrenal y carcinoma suprarrenal
- Semana: 23-29 Noviembre: Repaso

Periodo Diciembre – Febrero:

- Semana: 30-06 Diciembre: Anatomía y vascularización intestino delgado e intestino grueso
- Semana: 07-13 Diciembre: EII (Colitis ulcerosa y Enf. Krohn)
- Semana: 14-20 Diciembre: Manejo y tto de la obstrucción intestinal, la HDB y la colitis ulcerosa
- Semana: 21-24 Diciembre: Repaso
- Semana: 11-17 Enero: Ca. Colon y de Recto: concepto, cribaje y estadificación
- Semana: 18-24 Enero: Ca. Colon: tratamiento y seguimiento
- Semana: 25-31 Enero: Ca. Recto: tratamiento y seguimiento
- Semana: 01-07 Febrero: Repaso
- Semana: 08-14 Febrero: Enfermedad diverticular
- Semana: 15-21 Febrero: Concepto, manejo y tto. de Sd. Ogilvie, colitis pseudomembranosa, vólvulo intestinal, divertículo de Meckel, anisakiasis.
- Semana: 22-28 Febrero: Indicación y confección de estomas. Reconstrucción de tránsito
- Semana: 01-07 Marzo: Repaso

Periodo Marzo – Abril:

- Semana: 08-14 Marzo: Anatomía y vascularización hepática
- Semana: 15-21 Marzo: Colelitiasis. Colecistitis. Coledocolitiasis
- Semana: 22-28 Marzo: Hernia de hiato

- Semana: 29-18 Abril: Técnica y lectura de pruebas de imagen (TAC, EGD, enema opaco, transito intestinal...
- Semana: 19-25 Abril: Repaso

Bibliografía recomendada:

- Manual de la Asociación Española de Cirujanos.
- Sabiston. Tratado de Patología Quirúrgica.
- Enciclopedia Médico Quirúrgica.
- Hernia inguinocrural. Fernando Carbonell Tatay.
- Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos.

* *Repaso:* Durante las semanas de repaso se realizarán Sesiones de Residentes tutorizadas por el Tutor donde se repasarán los últimos temas revisados.

10. PLAN INDIVIDUALIZADO DE FORMACIÓN

R1

MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
Cirugía: Pared	Cirugía: Pared	Cirugía: Pared	Cirugía:Pared/Vacacions
SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Cirugía: Endocrino	Cirugía:Endocrino	Cirugía: Mama	Cirugía: Mama
ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL
Centro de Salud	Centro de Salud	Anestesia	UCI

R2

MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
Cirugía: Colon	Cirugía: Colon	Cirugía: Colon	Cirugía:Colon/Vacacions
SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Cirugía: Procto	Radiología	Cirugía: HBP	Cirugía: HBP
ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL
Cirugía: HBP	Cirugía: Laparo	Cirugía: Laparo	Cirugía: Laparo

R3

MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
Cirugía	Cirugía	Cirugía	Cirugía:/Vacacions
SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Cirugía Vascular	Cirugía Pediátric	Cirugía Torácica	Cirugía Torácica

ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL
Cirugía	Cirugía	Cirugía	Endocrino y Mama

R4

MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
Endocrino y Mama	Cirugía	Cirugía	Cirugía/Vacacions
SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Trasplante y HBP	Trasplante y HBP	Trasplante y HBP	Cirugía
ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL
Cirugía	Cirugía	Cirugía	Cirugía

R5

MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
Cirugía	Cirugía	Cirugía	Cirugía/Vacacions
SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Cirugía	Colo-rectal	Colo-rectal	Cirugía
ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL
Cirugía: Colon	Extranjero	Extranjero	Cirugía

11. OTROS:

ANEXO I: Guía de formación oficial de la especialidad publicada en BOE por el Ministerio de Sanidad

ANEXO II: Baremo de puntuación para valoración anual del residente.

ANEXO III: Hoja de entrevista estructurada.

ANEXO IV: Hoja de evaluación por rotación.

ANEXO V: Hoja de evaluación anual.

