

**MODELO SCD**

**DEL LIBRO DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO**

**- Versión en lengua castellana -**

*Setiembre 2017*

Dra. Carme Baliellas Comellas

Dr. Francesc Bas Cutrina

Dr. Carlos González Muñoza

**ANTECEDENTES y JUSTIFICACIÓN**

El Libro del Residente, contemplado en el Real Decreto 183/2008 de Formación Sanitaria Especializada, tiene por objetivo documentar las actividades que realiza el residente durante su periodo formativo para convertirse en una herramienta de formación continuada y de evaluación por parte del tutor/a de residencia, y como aval de las competencias profesionales adquiridas a lo largo de su formación.

Con el fin de unificar los contenidos de esta herramienta entre los diferentes hospitales del territorio catalán con residentes de Aparato Digestivo, en 2010 se elaboró ​​desde la Societat Catalana de Digestologia un modelo propio de Libro del Residente de la especialidad, para ser empleado por los especialistas en formación, con posibilidad de modificación según las particularidades propias de cada Unidad Docente.

La incorporación de nueva metodología docente, la aparición de nuevas técnicas y la voluntad de renovación del formato del Libro por parte de los Vocales Residentes de la Junta Directiva, planteó el proyecto de actualización del modelo de Libro de la SCD, culminando el proceso con el presente documento. Asimismo en esta edición se incorpora la versión catalana, a la ya existente en castellano.

**NIVELES DE RESPONSABLIDAD**

En la presente edición, se incorpora también en el apartado de actividad asistencial la especificación del nivel de responsabilidad de cada competencia realizada. Estos niveles se corresponden con:

|  |  |
| --- | --- |
| **NIVEL I***Nivel de mayor responsabilidad* | Actividades realizadas directamente por el residente, sin necesidad de tutorización directa.El residente ejecuta y, posteriormente, informa. |
| **NIVEL II***Nivel de responsabilidad media* | Actividades realizadas directamente por el residente, bajo la supervisión directa del tutor o facultativo especialista responsable. |
| **NIVEL III***Nivel de menor responsabilidad* | Actividades realizadas por el facultativo. Son observadas y/o asistidas durante su ejecución por el residente, que no tiene responsabilidad y actúa como observador o asistente. |

Extraído de *Villalonga, R; Hospital Universitari de Bellvitge (2009). Protocolo de supervisión y nivel de responsabilidad de los facultativos residentes durante la Atención Continuada, Barcelona: Àrea de Comunicació i Audiovisuals HUB. ISBN 84-89505-94-2.*

Libro del Residente

**APARATO DIGESTIVO**

NOMBRE Y APELLIDOS

Mayo 20\_ \_ - Mayo 20\_ \_

NOMBRE HOSPITAL

 *Firma residente*

*Revisión por parte del Tutor/a, Dr/a. :* ***\_ \_/\_ \_/20\_ \_***

*Firma y Visto bueno tutor/a*

**ÍNDICE**

**DATOS PERSONALES** 3

**ROTACIONES REALIZADAS** 4

**ACTIVIDAD ASISTENCIAL** 5

Pacientes atendidos ingresados y a urgencias 5

*R1* 5

*R2* 5

*R3* 5

*R4* 5

Pacientes atendidos a Consultas Externas 6

*R1* 6

*R2* 6

*R3* 6

*R4* 6

Técnicas y exploraciones endoscópicas 7

*R1* 7

*R2* 7

*R3* 7

*R4* 7

Técnicas y exploraciones de otros ámbitos de la especialidad 8

Técnicas y exploraciones no exclusivas de la especialidad 8

Interconsultas hospitalarias realizadas 8

Cómputo guardias realizadas 9

*R1* 9

*R2* 9

*R3* 9

*R4* 9

**ACTIVIDAD DOCENTE** 10

Sesiones clínicas impartidas 10

Sesiones clínicas donde se ha asistido 10

Cursos, jornadas y congresos 10

**ACTIVIDAD INVESTIGADORA** 11

Comunicaciones a congresos o jornadas 11

Publicaciones realizadas 11

Estudios clínicos en los que se ha participado 11

Sociedades o comités científicos a los que se pertenece 11

Premios obtenidos 11

Becas de investigación obtenidas 11

Programa doctoral 11

**OTRAS ACTIVIDADES** 12

**ENTREVISTAS CON EL/LA TUTOR/A** 12

**ANEXOS** 12

**DATOS PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| *Nombre y Apellidos* | *(fotografía)* |
| **NOMBRE Y APELLIDOS** |
|  |  |
| ***DATOS DE FILIACIÓN*** | *Dirección* | *Localidad y Distrito postal* |
|  |  |
| *País* | *DNI* |
|  |  |
| *Teléfono móvil* | *Teléfono fijo* |
|  |  |
| *E-mail hospital* | *E-mail personal* |
|  |  |
|  |  |  |
| ***DATOS ACADÉMICOS*** | *Fecha obtención titulación Grado* |
|  |
| *Facultad y Hospital* |
|  |
|  |  |
| ***DATOS FORMATIVOS*** | *Convocatoria MIR* | *Nº puesto obtenido* |
|  |  |
| *Hospital adscrito* | *Jefe de Servicio* |
|  |  |
| *Fecha de incorporación al hospital* | *Fecha de finalización período formativo* |
|  |  |
| *Tutor/a de residencia* |
|  |

**ROTACIONES REALIZADAS**

R1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Área de Rotación | Período | Adjunto responsable |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

R2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Área de Rotación | Período | Adjunto responsable |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

R3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Área de Rotación | Período | Adjunto responsable |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

R4

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Área de Rotación | Período | Adjunto responsable |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ACTIVIDAD ASISTENCIAL**

**Pacientes atendidos ingresados y a urgencias**

R1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nº | Diagnóstico principal | Servicio | Nivel de responsabilidad |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

R2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nº | Diagnóstico principal | Servicio | Nivel de responsabilidad |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

R3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nº | Diagnóstico principal | Servicio | Nivel de responsabilidad |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

R4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nº | Diagnóstico principal | Servicio | Nivel de responsabilidad |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*NOTA: Los datos de registro expuestos en este apartado se pueden incluir alternativamente en formato excel, extrayendo la información desde el software ofimático del hospital si éste lo permite.*

**Pacientes atendidos a Consultas Externas**

R1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nº | Diagnóstico principal | 1ª/Sucesiva | Nivel de responsabilidad |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

R2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nº | Diagnóstico principal | 1ª/Sucesiva | Nivel de responsabilidad |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

R3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nº | Diagnóstico principal | 1ª/Sucesiva | Nivel de responsabilidad |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

R4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nº | Diagnóstico principal | 1ª/Sucesiva | Nivel de responsabilidad |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*NOTA: Los datos de registro expuestos en este apartado se pueden incluir alternativamente en formato excel, extrayendo la información desde el software ofimático del hospital si éste lo permite.*

**Técnicas y exploraciones endoscópicas**

R1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nº | Técnica | Programada/Urgente | Nivel de responsabilidad |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

R2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nº | Técnica | Programada/Urgente | Nivel de responsabilidad |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

R3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nº | Técnica | Programada/Urgente | Nivel de responsabilidad |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

R4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nº | Técnica | Programada/Urgente | Nivel de responsabilidad |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Técnicas y exploraciones de otros ámbitos de la especialidad**

*Se incluyen habilidades técnicas de la especialidad, no contempladas dentro de la endoscopia digestiva: Pruebas funcionales, técnicas proctológicas ambulatorias, maniobras de emergencia (colocación de sonda Sengstaken),...*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Año de residencia | Nº | Técnica | Nivel de responsabilidad |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Técnicas y exploraciones no exclusivas de la especialidad**

*Paracentesis, toracocentesis, artrocentesis, punción lumbar, maniobras de RCP,...*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Año de residencia | Nº | Técnica | Nivel de responsabilidad |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Interconsultas hospitalarias realizadas**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Año de residencia | Servicio | Diagnóstico principal | Nivel de responsabilidad |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Cómputo guardias realizadas**

R1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unidad asistencial | Número guardias | Número de horas |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*UNIDAD ASISTENCIAL: Guardia “de puertas” de Urgencias, de nivel quirúrgico, de especialidad, de UCI, semi-críticos, interna,...*

R2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unidad asistencial | Número guardias | Número de horas |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*UNIDAD ASISTENCIAL: Guardia “de puertas” de Urgencias, de nivel quirúrgico, de especialidad, de UCI, semi-críticos, interna,...*

R3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unidad asistencial | Número guardias | Número de horas |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*UNIDAD ASISTENCIAL: Guardia “de puertas” de Urgencias, de nivel quirúrgico, de especialidad, de UCI, semi-críticos, interna,...*

R4

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unidad asistencial | Número guardias | Número de horas |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*UNIDAD ASISTENCIAL: Guardia “de puertas” de Urgencias, de nivel quirúrgico, de especialidad, de UCI, semi-críticos, interna,...*

**ACTIVIDAD DOCENTE**

**Sesiones clínicas impartidas**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Año de residencia | Fecha | Título sesión | Ámbito |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*ÁMBITO: Casos clínicos asistenciales, Mortalidad, Clínico-patológica, Bibliográfica, Tema monográfico, Comisión tumores, Comisión enfermedad inflamatoria intestinal, Comisión trasplante hepático, Endoscopia, Radiología, Sesión general del hospital,...*

**Sesiones clínicas donde se ha asistido**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Año de residencia | Fecha | Título sesión | Ámbito | Ponente |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*ÁMBITO: Casos clínicos asistenciales, Mortalidad, Clínico-patológica, Bibliográfica, Tema monográfico, Comisión tumores, Comisión enfermedad inflamatoria intestinal, Comisión trasplante hepático, Endoscopia, Radiología, Sesión general del hospital,...*

**Cursos, jornadas y congresos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Año de residencia | Título | Lugar | Fechas | Horas |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**ACTIVIDAD INVESTIGADORA**

**Comunicaciones a congresos o jornadas**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Título | Congreso y lugar | Fechas | Tipo comunicación | Firmante | Presentación |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*TIPO COMUNICACIÓN: Especificar si la comunicación ha sido oral o escrita (póster o similar) en el congreso.*

*FIRMANTE: Especificar la posición de orden de autor (primer firmante,...).*

*PRESENTACIÓN: Especificar si personalmente el residente expone o explica la comunicación al congreso (sea oral o póster).*

**Publicaciones realizadas**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Título | Revista | Número y año | Firmante |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Estudios clínicos en los que se ha participado**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Título | Tipo de estudio | Tipo de colaboración | Año |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Sociedades o comités científicos a los que se pertenece**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre sociedad/comité | Fecha incorporación | Logotipo sociedad/comité |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Premios obtenidos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Año de residencia | Nombre premio | Fecha |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Becas de investigación obtenidas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Título | Entidad financiadora | Año inicio / fin |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Programa doctoral**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Temática | Departamento | Fecha registro |
|  |  |  |

**OTRAS ACTIVIDADES**

Detallar en este apartado la participación en comisiones del hospital o centro sanitario, grupos de calidad, grupos de trabajo, participación en la Junta Clínica, participación como vocales de sociedades científicas o Comisiones Nacionales, etc.

**ENTREVISTAS CON EL/LA TUTOR/A**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Año de residencia | Fecha | Temas tratados |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ANEXOS**

Incluir en este apartado las fotocopias de certificados de asistencia a cursos y jornadas, comunicaciones presentadas, publicaciones científicas, etc.