



**PROGRAMA DE RESIDENCIA
DE CIRUGIA GENERAL**

Jefe de Servicio de Cirugía General: Dr. Nicolas Rotholtz

Director Programa de Residencia de Cirugía General: Prof. Dr. Lucas McCormack

2017

Plantel Médico del Servicio de Cirugía General

- ◆ Dr. Nicolás Rotholtz
Jefe de Servicio de Cirugía General
- ◆ Prof. Dr. Lucas McCormack
Director del programa de residencia
- ◆ Dr. Pablo Capitanich
- ◆ Dr. Mario Iovaldi
- ◆ Dr. Gustavo Bugari
- ◆ Dr. Rudolf Baron Von Buxhoeveden
- ◆ Dr. Juan M. Fernandez Vila
- ◆ Dr. Carlos Peczan
- ◆ Dr. Norberto A. Mezzadri
- ◆ Dr. Maximiliano Bun
- ◆ Dr. Ezequiel Sadava

INDICE GENERAL

- 1- DATOS GENERALES**
- 2- FUNDAMENTACIÓN**
- 3- PERFIL DEL EGRESADO**
- 4- OBJETIVOS GENERALES**
- 5- OBJETIVOS GENERALES POR AÑO**
- 6- PROGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES**
 - I. Actividad Asistencial General
 - II. Rotaciones
 - III. Actividad educacional residencial
 - IV. Actividad académica
 - V. Actividad docente
 - VI. Actividad de investigación
 - VII. Entrenamiento quirúrgico en simuladores
- 7- ACTIVIDADES POR AÑO DE LA RESIDENCIA**
- 8- CARGA HORARIA**
- 9- EVALUACIÓN**
- 10- ANEXOS**
 - Anexo 1: Pautas generales para los programas de residencia en cirugía general (AAC)
 - Anexo 2: Listas de cotejo en cirugías por año
 - Anexo 3: Planilla de evaluación semestral

1- DATOS GENERALES

Nombre del programa

Programa de Residencia en Cirugía General

Estructura del Servicio de Cirugía General

Está integrado por 10 médicos de planta, tres enfermeras, una ostoma-terapeuta y 2 secretarías administrativas. Los Médicos de planta son todos Cirujanos generales con título de especialistas y certificados por la Asociación Argentina de Cirugía (AAC) y el Ministerio de Salud de la Nación. A su vez, existe una sectorización de los miembros en las distintas áreas de la especialidad.

- Sección Cirugía de Cabeza y Cuello
- Sección Cirugía de Esófago y Estómago.
- Sección Cirugía Bariátrica
- Sección Cirugía de Hepática y Trasplante de Órganos Abdominales
- Sección de Cirugía Bilio- Pancreática
- Sección de Colo-proctología
- Sección de Paredes Abdominales

Tipo de programa

Residencia de 1er nivel

Requisitos de ingreso

Los Requisitos establecidos por el Departamento de Docencia e Investigación para el ingreso a la Residencia de Cirugía son los siguientes:

1. Argentinos nativos, por opción o naturalizados con título de médico.
2. Extranjeros con título de médico otorgado por una universidad argentina reconocida por el Ministerio de Educación.
3. Edad hasta 35 años.
4. Por tratarse de un hospital de comunidad el dominio del idioma alemán es considerado un valor agregado aunque no excluyente. Para que este valor agregado sea considerado los postulantes deberán someterse a una prueba de nivelación que se llevará a cabo en día y horario a confirmar.
5. Aprobar el examen escrito y destacar en la entrevista personal.

Número de vacantes: Dos (2) vacantes para residentes

Duración en años: Cuatro (4) años. Existe un año opcional de “Jefe de Residentes” que complementa lo aprendido durante la carrera con actividades docentes, administrativas, de coordinación de grupo y de destreza quirúrgica compleja.

Catálogo de procedimientos quirúrgicos mínimos

El número mínimo de procedimientos quirúrgicos por cada residente deberá superar los estándares mínimos de calidad y cantidad propuestos por la Asociación Argentina de Cirugía (AAC) en las pautas generales para los programas de residencia en Cirugía General (ver Anexo 1), debiendo haber cumplido al final de su formación con el siguiente número de procedimientos quirúrgicos:

- Cirugía menor de partes blandas: 25 casos
- Cirugías de Cabeza y Cuello: 10 casos (de ellos 3 tiroidectomías)
- Procedimientos hepato-- biliares: 30 casos (de ellos 20 colecistectomías)
- Cirugía de paredes abdominales: 30 casos
- Cirugía del tubo digestivo: 30 casos (de ellos 10 colectomías y 3 cirugías de intestino delgado)
- Apendicectomías: 10 casos
- Cirugías de tórax: 15 casos (de ellos 3 mediastinoscopías)
- Procedimientos laparoscópicos: 30 casos
- Procedimientos percutáneos: 5 casos

2- FUNDAMENTACION

La residencia de cirugía general del Hospital Alemán de Buenos Aires fue creada en el año 1988. El Servicio de Cirugía del Hospital Alemán es uno de los más reconocidos y avanzados del país. Formando parte de un Hospital de alta complejidad, cuenta con la infraestructura y los recursos humanos que permiten la realización de actividades asistenciales, docencia e investigación clínica.

La base de su funcionamiento está constituida por un servicio quirúrgico cuyos integrantes han puesto énfasis en la excelencia y han buscado, a través de su perfeccionamiento, lograr resultados terapéuticos equiparables a los mejores servicios del mundo. La sectorización de la patología quirúrgica ha permitido desarrollar todos los aspectos de la cirugía general. En este contexto se busca que el residente se forme mediante el aprendizaje en servicio y con un sistema tutorial de delegación progresiva de responsabilidades. La investigación clínica forma parte del currículum. Los Médicos Residentes desarrollan su actividad junto a los Médicos de Planta que trabajan en forma exclusiva y a tiempo completo en el Hospital Alemán, lo que permite una relación estrecha entre ambas partes.

3- PERFIL DEL EGRESADO

De acuerdo con las pautas generales para los programas de residencia en Cirugía General de la AAC (ver Anexo 1). El perfil de un cirujano general supone la adquisición de las siguientes competencias profesionales, actuando como:

- **Experto clínico:** integrar y aplicar conocimientos, habilidades clínicas y actitudes profesionales en la provisión de cuidados centrados en el paciente quirúrgico dentro de un marco ético.
- **Comunicador:** facilitar en forma efectiva la relación médico-paciente y desarrollar un plan compartido de cuidado con el paciente, la familia y el grupo profesional de trabajo.
- **Gestor/administrador:** priorizar y ejecutar sus tareas en forma efectiva, asignando los recursos sanitarios disponibles apropiadamente.
- **Promotor de la salud:** usar sus conocimientos para el bienestar de sus pacientes y de la comunidad a través de actividades de prevención y promoción de la salud.
- **Aprendiz autónomo:** reconocer la necesidad de un aprendizaje continuo para la mejora de su actividad profesional y la generación de nuevos conocimientos y prácticas médicas.
- **Colaborador:** participar de manera efectiva y apropiada en el equipo de salud para el cuidado del paciente.
- **Profesional:** demostrar compromiso y un comportamiento ético responsable que responda a su rol en la sociedad.

Para el logro del perfil profesional buscado el programa deberá asegurar la formación en:

- Contenido abdominal y sus paredes
- Piel y tejidos blandos
- Cabeza y cuello
- Sistema venoso periférico
- Cavidad torácica (excluyendo patología cardiovascular central)
- Sistema arterial periférico (manejo básico)

Es altamente aconsejable que el programa contemple:

- Ecografía básica
- Procedimientos percutáneos guiados por imágenes
- Prácticas básicas endoscópicas, diagnósticas y terapéuticas
- Atención inicial del politraumatizado
- Atención del paciente crítico en emergencia y en cuidados intensivos

4- OBJETIVOS GENERALES

La obtención de un título de especialista requiere de varios años de entrenamiento intensivo que permiten formar un médico cirujano con bases científicas y asistenciales sólidas.

Se espera que al término de su período formativo el Residente sea capaz de:

- Conocer la fisiopatología de las enfermedades quirúrgicas más frecuentes y el fundamento fisiopatológico de las operaciones realizadas para su tratamiento.
- Dominar los instrumentos diagnósticos de las patologías quirúrgicas prevalentes.
- Haber incorporado herramientas básicas sobre los métodos de diagnóstico por imágenes aplicados a la cirugía general.
- Haber adquirido los conocimientos y habilidades necesarios para la práctica de la pequeña, mediana y gran cirugía.
- Poseer las bases éticas que le permitan desarrollar una adecuada relación médico-paciente.
- Haber adquirido conocimientos sobre investigación en ciencias básicas y clínica en Medicina.
- Alcanzar una adecuada formación académica, habiendo:
 - Adquirido capacidades de lectura crítica y de revisión bibliográfica.
 - Participado activamente en la realización de publicaciones en literatura científica nacional e internacional.
 - Participado en congresos nacionales e internacionales de cirugía mediante la presentación de láminas, videos y disertaciones orales sobre temas libres.

5- OBJETIVOS GENERALES POR AÑO

A. Primer Año

- Conocer la patología quirúrgica electiva y de urgencia más frecuentes.
- Adquirir criterios de gravedad y nivel de alarma en el paciente crítico con patología quirúrgica.
- Reconocer el valor de la historia clínica como instrumento médico, legal y económico.
- Valorar y conocer los estudios complementarios de diagnóstico.
- Valorar procedimientos diagnósticos invasivos, con especial atención en cuanto al beneficio logrado en relación al costo biológico y financiero.
- Aprender destrezas quirúrgicas básicas.
- Entrenar en la resolución quirúrgica de las patologías de menor complejidad.
- Adquirir las actitudes necesarias en el manejo de la información al paciente y su familia.
- Valorar el trabajo en equipo y la labor multidisciplinaria.
- Introducirse a la actividad académica en cirugía general, participando de ateneos intra e interhospitalarios y congresos de cirugía general.
- Cumplir las funciones expresadas en la sección N° 8: "Actividades por año"

B. Segundo Año

- Incrementar la responsabilidad frente al paciente y demás miembros del servicio.
- Colaborar estrechamente con el residente de primer año en el cumplimiento de tareas asistenciales.
- Aumentar su destreza y capacidad para la resolución de casos clínico-quirúrgicos más complejos.
- Iniciarse en la actividad de investigación clínica-quirúrgica.
- Incrementar su participación académica, tanto en congresos, jornadas de cirugía general y ateneos inter-hospitalarios, así como en publicaciones científicas.
- Comenzar con actividad asistencial en consultorios externos en sus respectivas rotaciones.
- Continuar con la disposición y responsabilidades por rotación por sectores dentro del servicio de cirugía, acorde a los requerimientos teórico-prácticos del año residencial.
- Cumplir las funciones expresadas en la sección N° 8: "Actividades por año"

C. Tercer Año

- Desarrollar una actitud docente y de liderazgo dentro de la residencia.
- Cumplir tareas de supervisión de los residentes menores.
- Aumentar su destreza y capacidad para la resolución de casos clínico-quirúrgicos más complejos.
- Continuar con la incorporación de herramientas de tratamiento guiado por métodos de diagnóstico por imágenes.

- Participar activamente en la realización de todos los ateneos del servicio de cirugía general.
- Participar activamente en el desarrollo de publicaciones a nivel nacional e internacional, así como también desarrollar una presencia activa en congresos nacionales de cirugía.
- Acentuar su entrenamiento en el conocimiento y manejo de las subespecialidades quirúrgicas, siendo partícipe activo en el seguimiento y atención de los pacientes, tanto en forma ambulatoria como en la sala de internación.
- Cumplir las funciones expresadas en la sección N° 8: "Actividades por año"

D. Cuarto Año

- Adquirir conocimientos básicos de otras especialidades quirúrgicas por la cual demostrara particular interés.
- Implementar conocimientos adquiridos para cumplir con una actividad académica acorde a su formación.
- Cumplir funciones de responsabilidad dentro del servicio de cirugía general.
- Ser partícipe clave en las distintas rotaciones por las sub-especializaciones de cirugía general, tanto en la sala de internación, en consultorios externos como en quirófano central.
- Cumplir las funciones expresadas en la sección N° 8: "Actividades por año"

6- PROGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES

I. Actividad Asistencial General

Las actividades de la residencia se desarrollan de lunes a viernes de 6:30 a 17 hs. y recorridas matutinas los días sábados, quedando sujeto a extensión horaria según las necesidades del Servicio. La asignación de guardias mensuales se efectuará de acuerdo al año de residencia en curso.

Las actividades se darán en las siguientes áreas:

- ✓ Sala de internación general: Los pacientes internados serán evaluados dos veces por día (mañana y tarde) y aquellos en estado crítico las veces que las circunstancias lo requieran.
- ✓ Quirófano: Concurrencia a quirófano de lunes a sábados (los horarios quedan supeditados a la organización de la actividad quirúrgica). La distribución de residentes en las operaciones debe ser propuesta por el jefe de residentes y aprobada por el jefe de Servicio.
- ✓ Endoscopia: Los miembros del Servicio de Cirugía forman parte del Servicio de Endoscopia. Esto permite a los residentes tomar contacto con estos procedimientos. Realizan una rotación en tercer año, durante 1 mes realizando endoscópicas digestivas altas y bajas
- ✓ Sala de intervencionismo: Permite a los residentes realizar procedimientos percutáneos guiados por imágenes
- ✓ Consultorios externos: Se realizan con la supervisión de un médico de planta. Esta actividad permite tomar contacto con la patología desde su inicio así como también continuar con el seguimiento luego del tratamiento.

El cronograma semanal de los consultorios se hará acorde al siguiente esquema:

Cronograma de consultorios de la residencia de cirugía general

A. Junio a Noviembre de cada año

Hs	LUNES	MARTES	MIERCOLES	
8				Coloprocto R2 (A)
9	Cir. Gral. R2 (A) Colon (Fellow) Paredes R3 (A)	Cir. Gral. R2 (B)	Esof. Gastro R3 (A)	Inst. Onco. CyC R4 (A)
10				
11				Paredes R1 (A)
12				
13	Cir. Gral. R2 (B) Cab. y cuello R4 (A)	Proctología (Fellow)	Cab. y cuello R3 (B) Colon (Fellow) Ecografía R2 (A)	
14				
15				
16				

Hs	JUEVES	VIERNES
8		
9	HPB R2 (A)	Cab y cuello R3 (A)
10		
11	Inst. Onco. HPB R4 (B)	Obesidad R3 (B)
12		
13	HPB R2 (B)	Cir. Gral. Todos Cab y cuello R4s
14		
15		
16		

B. Diciembre a Mayo de cada año

Hs	LUNES	MARTES	MIERCOLES	
8				Coloprocto R2 (B)
9	Cir. Gral. R2 (B) Colon (Fellow) Paredes R3 (B)	Cir. Gral. R2 (A)	Esof. Gastro R3 (B)	Inst. Onco. CyC R4 (B)
10				
11				
12				Paredes R1 (B)
13	Cir. Gral. R2 (A) Cab. y cuello R4 (B)	Proctología (Fellow)	Cab. y cuello R3 (B) Colon (Fellow) Ecografia R2 (A)	
14				
15				
16				

Hs	JUEVES	VIERNES
8		
9	HPB R2 (B)	Cab y cuello R3 (B)
10		
11		Obesidad R3 (A)
12	Inst. Onco. HPB R4 (A)	
13	HPB R2 (A)	Cir. Gral. Todos Cab y cuello R4 (B)
14		
15		
16		

II. Rotaciones

La actividad mencionada se complementa con rotaciones internas y externas que permitan completar la actividad quirúrgica y no quirúrgica relacionada con la especialidad.

Estas rotaciones deben ser realizadas pero sin suspender la actividad de guardia mensual del servicio de cirugía del HA.

Cronograma de rotaciones

	R1	R2	R3	R4
JUNIO			Endoscopia (B)	Endoscopia-Trauma (B)
JULIO	Anestesia (A)		Endoscopia (A)	Endoscopia-Trauma (A)
AGOSTO	Anestesia (B)		Vascular (A)	
SEPTIEMBRE	Anestesia (C)		Tórax (A)	Rot. Libre (A)
OCTUBRE	UTI (A)	Intervenc/ Imágenes (A)		
NOVIEMBRE	UTI (B)	Intervenc/ Imágenes (B)		Rot. Libre (B)
DICIEMBRE	UTI (C)			
ENERO				
FEBRERO				
MARZO		Uro Gineco Pediatría A	Vascular (B)	
ABRIL		Uro Gineco Pediatría A/B	Tórax (B)	
MAYO		Uro Gineco Pediatría B		

UTI: Unidad de Terapia Intensiva

R2: Urología, Ginecología, Cirugía Pediátrica: 6 semanas dentro del HA. Estaría 3 semanas en urología y 3 semanas en ginecología oncológica. Actividad alternante en Cirugía pediátrica dependiendo de la actividad dentro del HA. Esta rotación dentro del HA no compite con las guardias ni con la actividad de ateneos del servicio que debe ser realizada por los R2.

R3: Las rotaciones en Vascular y Tórax se harán dentro del HA. En algunos casos se podría gestionar una rotación en el Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

R4: Trauma. 1 mes (4 guardias de 12 horas + 12 horas de planta): El centro será organizado con el R4 en forma individual.

La rotación libre del R4 será de 1 mes y no debería ser en los últimos dos meses de su residencia (no en Abril y Mayo de su 4to año de residencia)

III. Actividad educacional residencial. Ateneos y Formación teórica

- ✓ Ateneo clínicos del Servicio de Cirugía:

Permite a los residentes profundizar la discusión de los casos más complejos y participar de las decisiones tomadas en conjunto. Intervienen todos los especialistas involucrados en los casos presentados.

En relación al “morning” diario del servicio, los pacientes de UTI serán presentados por los R2. Cada residente que participe como cirujano deberá presentar a su paciente operado. El ingreso nuevo deberá ser presentado por el residente de guardia superior. Los R1 presentaran el resto de los pacientes.

Los ateneos clínicos del servicio de cirugía se realizan con una frecuencia semanal (todos los Jueves de 8 a 9 hs). Alternativamente se presentan ateneos:

Clínico-quirúrgico (R4): 1 al mes

Oncológico (R3): dos veces al mes

Morbimortalidad (Jefe de Residentes) con actualización (R4): 1 al mes

Además se organiza, mensualmente, un ateneo conjunto con el Servicio de Clínica Médica para resolver los casos de interés común.

- ✓ Ateneo pre-quirúrgico (a cargo de R2): Permite a los residentes analizar las distintas patologías e indicaciones quirúrgicas de los pacientes que se operarán la semana siguiente. Frecuencia: semanal.
- ✓ Ateneo bibliográfico (a cargo de R4): Permiten hacer una revisión sistemática de aquellos trabajos que resulten de interés. Cada residente se encarga de la lectura previa de un trabajo y se discuten en conjunto con los especialistas en el tema. Frecuencia: semanal.
- ✓ Cursos obligatorios para ser realizados a lo largo de la Residencia:
 - Curso Anual de Cirugía General de Posgrado de la Asociación Argentina de Cirugía
 - Curso Avanzado Apoyo Vital en Trauma (ATLS). Los lugares se designan según el año calendario

- Cursos de competencias transversales (comunes a los residentes de todas las especialidades del Hospital Alemán):
 1. Simulación: Curso transversal de nivelación para médicos residentes de 1er año. Entrenamiento de las distintas especialidades en conocimientos básicos
 2. Gestión en Salud: El objetivo del curso es capacitar a los residentes en los conceptos básicos del funcionamiento de nuestro sistema de salud. Entender las diferencias de funcionamiento entre el Hospital Público y el privado, con relación a la gestión del recurso y el concepto de Efectividad. Conocer las modalidades contractuales tanto de las instituciones donde el médico trabaja, como las propias con los distintos financiadores. Adquirir concepto de costos y gestión en salud
 3. Curso Teórico y Práctico de Metodología de la Investigación: Para realizar investigación en salud es necesario conocer las herramientas epidemiológicas, los tipos de variables y su manipulación, cómo proceder con el armado de una base de datos y su posterior manejo, el uso de tests estadísticos y los distintos diseños de investigación.
 4. Guía de Indicaciones en Diagnóstico por Imágenes – Módulo 1 y Módulo 2: Al finalizar el curso los participantes habrán adquirido los conocimientos y habilidades suficientes para obtener una guía de los diferentes algoritmos propuestos para la indicación de métodos de diagnóstico por imágenes en las siguientes áreas: abdominal – gastrointestinales, músculo esqueléticas, torácicas y neuro-radiología.
 5. Diagnóstico por Imágenes en Pediatría: El curso se dicta exclusivamente a los residentes de Pediatría con el objetivo de brindarles los conocimientos y habilidades suficientes para utilizar el diagnóstico por imágenes dentro de su especialidad. Se aborda el pedido adecuado de métodos por imágenes, su correcta interpretación y una adecuada toma de conducta en base a los resultados.
 6. Lectura Crítica de la Bibliografía: El curso busca desarrollar la importancia de la evidencia bibliográfica para la resolución del problema del paciente. Se valora la formulación de la pregunta clínicamente relevante, la calidad de la bibliografía, la lectura crítica del material y la aplicabilidad de los resultados observados al paciente individual.
 7. Abordaje del Paciente Crítico: El curso busca brindarle a los residentes las herramientas necesarias para que puedan decidir la internación de pacientes críticos, reconocer la presencia de factores de riesgo, desempeñar correctamente el traslado de los pacientes graves, conocer el funcionamiento de los instrumentos de apoyo que contribuyen en el diagnóstico y en la terapéutica de los pacientes y adecuar su utilización.
 8. Habilidades para la Comunicación: En la carrera de Medicina, la comunicación no suele estar explícitamente considerada como asignatura, no tiene un espacio curricular. Sin embargo, todo lo que el residente hace desde su primer día dentro del programa de residencia, tiene que ver con la comunicación: conducir el interrogatorio, escribir la historia clínica, presentar pacientes en la recorrida, pedir una interconsulta, comunicar un diagnóstico, y escuchar y aconsejar al paciente. El curso propone enfocar y promover las habilidades para la comunicación.
 9. Clínica del Dolor Agudo y Postoperatorio: Se parte de la definición de dolor agudo y sus características y consecuencias. Se enseña a aplicar escalas de medición del dolor, a

reconocer las vías de transmisión del mismo y a administrar los fármacos correspondientes. Se distinguen diversas técnicas preventivas.

10. Taller de Formación Docente: Está dirigido a residentes de 4° año y Jefes de residentes. Se tratan los siguientes temas: cómo enseñar en la recorrida; cómo hacer una devolución constructiva; cómo dar una charla / presentar abstracts; cómo organizar cursos y programas de entrenamiento; y cómo evaluar el desempeño final (Mini- CEX).
11. Calidad y Seguridad de los Pacientes: El objetivo del curso es capacitar a los residentes en los aspectos de los dominios principales de la calidad de atención médica: seguridad, satisfacción de los pacientes, efectividad y eficiencia de procesos.
12. Bioética
13. Atención primaria de la Salud

✓ Se sugiere la asistencia a los diferentes cursos organizados por la AAC.

IV. Actividad académica

Se estimula la asistencia y participación de los eventos más importantes de la especialidad en el ámbito nacional:

Congreso Argentino de Cirugía

Congreso Argentino y Latinoamericano de Residentes de Cirugía General

Sesiones de la Academia Argentina de Cirugía

Deberá realizar un mínimo de 3 presentaciones científicas en congresos de cirugía al finalizar su residencia.

V. Actividad docente

El Programa de Residencia es un sistema donde el educando, a su vez, enseña lo aprendido a los compañeros de años inferiores. Esta metodología permite a los integrantes del programa adquirir dotes docentes. Por otro lado, las clases teóricas son preparadas y dictadas por los mismos integrantes del programa bajo la coordinación de un médico del staff.

Se estimula la realización de la Carrera Docente Universitaria de la Facultad de Medicina de la UBA

VI. Actividad de investigación

Todos los residentes deben participar de los protocolos de investigación desarrollados en el Servicio. Se pretende que al finalizar el programa los graduados puedan realizar una interpretación crítica de una investigación, así como también poder realizar trabajos científicos por sus propios medios.

Deberán presentar un full-paper de revisión sistemática o meta-análisis finalizado para su publicación nacional o en inglés al momento de la postulación para jefe de residentes.

VII. Entrenamiento quirúrgico en simuladores

La simulación como herramienta educativa ofrece la oportunidad de un aprendizaje experiencial, desde la auto explotación y la experimentación. A partir de 2014 se realizarán talleres de entrenamiento en técnicas quirúrgicas básicas y cirugía laparoscópica en el Centro de Simulación Médica Roemmers (SIMMER) con una frecuencia mensual para cada uno de los residentes y una complejidad de las actividades de acuerdo con el año de residencia.

Implementación: Viernes por medio asistirán la mitad de los residentes en forma alternativa. De 8 a 12 hs. en el Centro de SIMMER.

Además se fomentara el entrenamiento en simuladores dentro del Hospital Alemán de todos los residentes de cirugía y supervisado por el Jefe de Residentes

7- ACTIVIDADES POR AÑO DE LA RESIDENCIA

Actividades y responsabilidades de cada residente por año. Todas las actividades estarán supervisadas por los médicos de planta.

Es importante resaltar algunos puntos relevantes de la actividad residencial general:

- ✓ Cada residente está a cargo del paciente que operó (curaciones, indicaciones para el alta, epicrisis).
- ✓ Cada Residente debe ver a su paciente antes del pase de sala que se realiza junto a los médicos staff a las 730 A.M.
- ✓ Cada Residente deberá concurrir sábado y domingo si tiene pacientes operados por él.
- ✓ Las actividades de quirófano (estar programado para una cirugía, como cirujano o ayudante) son prioritarias sobre las actividades de consultorio.
- ✓ Las guardias serán de 12 horas máximo y todos los residentes tendrán obligatoriamente un descanso post-guardia. Esto implicará que este desvinculado de toda actividad asistencial. Estos residentes podrán retirarse a sus hogares o quedar dentro de la institución pero realizando actividades de docencia, capacitación o investigación aplicando la regla de un máximo de 80 hs semanales dentro del hospital. Esto tiene como objeto reducir el error médico y protección de los pacientes.
- ✓ Las rotaciones deberán ser pautadas en conjunto por el JR y autorizadas por el Director del Programa

Residentes de 1er año

- Curación y atención de pacientes internados en sala general supervisados por residentes de 3ro y 4to año.
- Realizar las evoluciones, indicaciones, historias clínicas, altas simples y epicrisis de pacientes operados por staff y propios.
- Completar la base de datos de estadística del servicio de Cirugía General (OMS).
- Consultorio: Paredes y Cirugía General (ver Anexo 3).
- Rotaciones: Unidad de terapia intensiva (1 mes), anestesiología (1mes). (ver Rotaciones).
- Actividad de entrenamiento quirúrgico en simuladores.

Residentes de 2do año

- Curación y atención de pacientes internados en unidad cerrada (UTI/UCO).
- Confesión de altas complejas (epicrisis complejas).
- Consultorio: Coloproctología, Cirugía General, HPB (Hígado, páncreas y vía biliar), consultorio de ecografía (1 mes) (ver Consultorios).
- Ateneos: Oncológico y prequirúrgico. Ateneo inter-residentes con otros hospitales.
- Rotaciones: Intervencionismo (1mes). Urología, Ginecología y Cirugía Pediátrica (45 días)
- Actividad de entrenamiento quirúrgico en simuladores.

Residentes de 3er año

- Supervisarán la curación y atención de pacientes internados en sala general realizada por los residentes de 1er año.
- Consultorio: Cirugía bariátrica, cabeza y cuello, cirugía general (ver Consultorios).
- Ateneo: Clínico-quirúrgico, bibliográfico.
- Rotaciones: Cirugía vascular (1mes), Endoscopia (1mes), Tórax (1mes) [ver Rotaciones]
- Actividad de entrenamiento quirúrgico en simuladores.

Residentes de 4to año

- Supervisarán la curación y atención de pacientes internados en sala general realizada por los residentes de 1er año.
- Consultorio: Cabeza y cuello, instituto oncológico de cabeza y cuello, e hígado páncreas y vía biliar (ver Consultorios).
- Ateneo: Caso discusión del ateneo de Morbilidad-mortalidad.
- Rotaciones: Endoscopia (1 mes), Trauma (1 mes) y Libre (1 mes) [ver Rotaciones].
- Supervisión del entrenamiento quirúrgico en simuladores.

8- CARGA HORARIA

Algunas consideraciones generales vinculadas a la carga horaria:

No debe superar las 80 horas semanales por residentes bajo ningún concepto.

Cada residente debe contabilizar las horas semanales e informar al jefe de residentes y director del programa con un reporte mensual.

A. Esquema de guardias mensuales por residente

Primer Año: 8 o 9

Segundo Año: 6

Tercer Año: 5

Cuarto año: 4

B. Carga horaria semanal (Incluye guardias)

Primer año: 79 hs.

Segundo año: 79 hs.

Tercer año: 64.5 hs.

Cuarto año: 64.5 hs.

Los residentes de cirugía no concurrirán sábados ni domingos a excepción que estén de guardia. De tener pacientes operados por ellos deberán concurrir a controlar la evolución de los mismos.

	R1	R2	R3	R4
Horario de entrada	06:30 a.m.	07:00 a.m.	07:00 a.m.	07:00 a.m.
Horario de salida	17.30 p.m.	17.30 p.m.	17.30 p.m.	17.30 p.m.
Número de guardias semanales	2	1-2	1-2	1
Descanso post-guardia (*)	Si	Si	Si	Si
Horas semanales	79	79	64.5	64.5
Horas mensuales	342	316	272	272
Horas anuales	3762	3476	2992	2992
Vacaciones (Días continuados)	37	37	37	37

(*) Esto comienza a las 8 am luego de la entrega de la guardia a sus compañeros de residencia.

Debe ser realizado fuera de la Institución por un mínimo de 6 hs. Luego de este plazo de descanso, su permanencia dentro del HA dependerá de la normativa de 80 hs. máximas laborales semanales de cada residente. Esto no tendrá flexibilidad.

C. Vacaciones

Los residentes tendrán una licencia anual de 30 días corridos en verano (a tomarse en los meses de Verano) y 7 en el mes de Julio (invierno).

	R1	R2	R3	R4
ENERO	A 30 días	A 30 días	A 30 días	1/a 30 días
FEBRERO	B 30 días	B 30 días	1B 30 días	1/b 30 días
MARZO	C 30 días			
JULIO	No aplica	A 7 días	A 7 días	A 7 días
	No aplica	B 7 días	B 7 días	B 7 días

9- EVALUACIÓN

La evaluación del residente se lleva a cabo en forma continua durante las distintas actividades que desempeña. Se remarcarán los aspectos positivos, negativos y los aspectos a mejorar. El residente tiene en ese momento la oportunidad de realizar un feedback, expresando como han sido su trabajo en el servicio. De la evaluación puede resultar que el residente no haya cumplido con los objetivos establecidos y podrá ser apartado del programa.

I. Metodología:

- Evaluación por presentación de actividad académica individual
- Observación directa de habilidades en procedimientos quirúrgicos (planilla con check list)
- Presentación individual de catálogo de procedimientos quirúrgicos
- Reunión de los responsables del Programa con el jefe de residentes
- Evaluación selectiva (solo residentes que tengan una concepto general de los médicos de planta inadecuado) con presentación de caso quirúrgico de una patología alineada con la competencia del residente evaluado.
- Discusión de los médicos de planta siguiendo un lineamiento estructurado
- Planilla de evaluación semestral (ver Anexo).

II. Frecuencia: Semestral

ANEXO 1

Pautas Generales para los Programas de Residencia en Cirugía General (AAC). **(www.aac.org.ar)**

Índice

- a. Consideraciones generales
- b. Perfil del cirujano general
- c. Condiciones básicas para el desarrollo del Programa
- d. Sobre el proceso de enseñanza -aprendizaje
- e. Estándares mínimos de calidad y cantidad de operaciones realizadas como cirujano bajo supervisión

a) Consideraciones Generales

La Asociación Argentina de Cirugía reconoce en la Residencia en Cirugía General no sólo el camino más adecuado hacia la práctica primaria, integral y eficiente de la especialidad en la República Argentina, sino también el marco de formación básico y fuente de entrenamiento para todas las subespecialidades quirúrgicas.

Los programas de residencia comprenderán las distintas actividades asistenciales, académicas, docentes, científicas y culturales, controladas y evaluadas por el área de Docencia e Investigación de cada uno de los hospitales o instituciones de referencia.

Su propósito es la formación de un cirujano general entrenado integralmente en el cuidado del paciente quirúrgico, capaz de realizar la cirugía de urgencia y programada de mediano y bajo riesgo en forma independiente y autónoma.

b) Perfil del Cirujano General

El perfil de un cirujano general supone la adquisición de las siguientes competencias profesionales¹, actuando como:

- **Experto clínico:** integrar y aplicar conocimientos, habilidades clínicas y actitudes profesionales en la provisión de cuidados centrados en el paciente quirúrgico dentro de un marco ético.
- **Comunicador:** facilitar en forma efectiva la relación médico-paciente y desarrollar un plan compartido de cuidado con el paciente, la familia y el grupo profesional de trabajo.
- **Gestor/administrador:** priorizar y ejecutar sus tareas en forma efectiva, asignando los recursos sanitarios disponibles apropiadamente.
- **Promotor de la salud:** usar sus conocimientos para el bienestar de sus pacientes y de la comunidad a través de actividades de prevención y promoción de la salud.
- **Aprendiz autónomo:** reconocer la necesidad de un aprendizaje continuo para la mejora de su actividad profesional y la generación de nuevos conocimientos y prácticas médicas.

- **Colaborador:** participar de manera efectiva y apropiada en el equipo de salud para el cuidado del paciente.
- **Profesional:** demostrar compromiso y un comportamiento ético responsable que responda a su rol en la sociedad.

Para el logro del perfil profesional buscado el programa deberá asegurar la formación en:

- Contenido abdominal y sus paredes
- Piel y tejidos blandos
- Cabeza y cuello
- Sistema venoso periférico
- Cavidad torácica (excluyendo patología cardiovascular central)
- Sistema arterial periférico (manejo básico)

Es altamente aconsejable que el programa contemple:

- Ecografía básica
- Procedimientos percutáneos guiados por imágenes
- Prácticas básicas endoscópicas, diagnósticas y terapéuticas
- Atención inicial del politraumatizado
- Atención del paciente crítico en emergencia y en cuidados intensivos

Los programas que se desarrollen en zonas rurales deberán poner especial énfasis en la formación en las patologías más frecuentes de especialidades quirúrgicas relacionadas (ginecología y obstetricia, urología, cirugía plástica, traumatología y pediatría).

Es tarea de la Asociación Argentina de Cirugía definir y mantener actualizados los estándares (indicadores o requisitos esenciales fácilmente identificables) que permitan evaluar los programas de residencias en forma periódica.

Estos estándares definen un Programa Básico de Cirugía General con un piso accesible que razonablemente puede ser implementado y mantenido, que cumple con el objetivo fijado y con las necesidades de la comunidad en nuestro medio.

c) Condiciones básicas para el desarrollo del Programa

Es aconsejable que el programa se desarrolle en un servicio categorizado por la Asociación Argentina de Cirugía (Comité Colegio, AAC).

El Director del programa será preferentemente el Jefe del Servicio. Es aconsejable además que sea Miembro de la Asociación Argentina de Cirugía (MAAC), con requisitos del Programa de Recertificación cumplidos. Será el responsable de la conducción y ejecución del programa y de la participación activa de los profesionales del Servicio en la instrucción, apoyo y supervisión permanentes de las acciones de los médicos residentes.

- El diagrama de rotaciones aplicado debe ser coherente con la adquisición de competencias en las patologías prevalentes del ámbito de la cirugía general. Se adecuará a los objetivos

programáticos en lapsos prácticos que permitan su concreción. La sectorización del Servicio y/o la formación de equipos quirúrgicos facilitarán la planificación de un diagrama de rotaciones adecuado, con contenidos y tiempos de aprendizaje procedentes. En caso de que el Servicio no cubra los requisitos educacionales relacionados con las áreas de cuidados intensivos, flebología, tórax, cabeza y cuello, cirugía del sistema arterial periférico, endoscopia, ecografía y/o procedimientos percutáneos guiados por imágenes, el Director del programa deberá implementar los medios necesarios para organizar una rotación dentro o fuera de la institución que permita implementar o complementar el aprendizaje en forma convenida y controlada.

- Debe contar con una normatización escrita de procedimientos. Puede tratarse de una norma básica y propia de diagnósticos probables y tratamientos propuestos, que fundamentalmente debe facilitar la toma de decisiones y ser aprovechable en términos de evaluación de calidad de atención, costo-beneficio y prevención del error médico.

- Debe contar con acceso bibliográfico adecuado y con formación básica en metodología científica y bioestadística. Es recomendable la realización de una reunión de revisión bibliográfica estructurada con una frecuencia mínima mensual. Deberá contar con acceso fluido a textos y revistas quirúrgicas, manejo de herramientas informáticas y acceso a Internet. Además es aconsejable contar con un programa de introducción a la metodología científica y bioestadística aplicada, que permita a los residentes analizar críticamente las publicaciones de la especialidad, manejar los instrumentos necesarios para la realización de un proyecto de investigación y comprender la estructura y redacción de un trabajo científico.

- El residente deberá ser evaluado con periodicidad, en cada una de las fases de su formación (ámbitos de desempeño, rotaciones, etc.). Los instrumentos de evaluación del desempeño sugeridos por la AAC proponen una evaluación holística de las competencias, explorando las áreas del conocimiento, habilidades quirúrgicas y actitudes como cirujano general. La evaluación formativa así realizada deberá servir como herramienta de promoción del residente y será conservada en el Servicio de cirugía o el Departamento o Comité de Docencia de cada institución. Cada acto de evaluación deberá estar acompañado de la correspondiente devolución constructiva a los residentes garantizando un feedback oportuno y efectivo.

- La extensión total del programa no debe ser menor de 4 años, excluyendo la Jefatura de Residencia.

- Deberá existir control, por parte del Director de programa, de la extensión de la jornada laboral de los residentes. Se recomienda que la carga horaria promediada en el mes no supere las 80 horas semanales por cada residente. Es recomendable también que las guardias no excedan las 24 horas continuadas de trabajo, y que luego de una guardia de 24 horas el residente no prolongue su actividad más de media jornada, aunque sin responsabilidad directa sobre pacientes.

d) Sobre el proceso de enseñanza - aprendizaje

1. Se consideran aspectos **mandatorios** del proceso de enseñanza - aprendizaje:
 - a. Programa estructurado de actividades planificadas de aprendizaje (clases, discusión de casos, etc.) a fin de completar los conocimientos de la cirugía general, dentro o fuera del lugar donde se desarrolla el programa.
 - b. Supervisión estructurada y diaria del cuidado de los pacientes. Según la modalidad de cada servicio se realizará una revista de sala diaria con todo el servicio o se hará un pase diario de novedades con los respectivos jefes de área. Los residentes participarán de las visitas a los pacientes internados junto al médico de planta o responsable del sector.
 - c. Los residentes deben recibir formación supervisada relacionada con la evaluación preoperatoria, la decisión terapéutica, quirúrgica o no, la técnica quirúrgica y la atención continuada y activa de los pacientes en el período postoperatorio. Deberán participar activamente del seguimiento en la Unidad de Cuidados Intensivos.
 - d. Ateneos de morbi-mortalidad con discusión de casos problema. El ateneo debe ser un informe ante pares, en grupo abierto, de toda complicación o deceso, determinando qué puede ser aprendido en base a esa experiencia: qué estuvo mal y qué debe ser corregido. Es aconsejable que participen todas las especialidades comprometidas en el caso, incluyendo emergentólogos, terapeutas, radiólogos y patólogos. Debe quedar un registro de cada caso.
 - e. Incorporación de actividades planificadas de aprendizaje dirigidas a la adquisición de habilidades quirúrgicas. Éstas podrán ser realizadas en modelos inanimados (“pelvi-trainer”, muñecos, etc.), en modelos animados artificiales (simuladores virtuales) o en modelos vivos en caso de contar con un centro de cirugía experimental que cumpla con las normas éticas para el trabajo con animales vivos. En caso de no contar el centro formador con dichos modelos, deberá realizar los convenios necesarios para que los residentes accedan en otro centro a esa oportunidad formativa.

2. Se consideran aspectos **recomendados** del proceso de enseñanza - aprendizaje:
 - a. Ateneos anátomo- clínicos: si bien las circunstancias fácticas han impuesto una limitación a la reunión anátomo-clínica, resulta deseable que todos los decesos de pacientes quirúrgicos sean revisados críticamente con fines docentes y sea efectuada la mayor cantidad de autopsias posible. La concurrencia programada de los residentes al Servicio de anatomía patológica es también deseable.
 - b. Formación en ciencias básicas aplicadas a la cirugía en forma de un ciclo informativo y práctico sobre temas de anatomía quirúrgica, anatomía patológica, microbiología, farmacología, oncología, fisiología e inmunología.
 - c. Formación relacionada a conocimientos básicos técnicos y habilidades en ecografía diagnóstica aplicada en casos quirúrgicos agudos o crónicos.
 - d. Formación en ética médica, comunicación, relaciones interpersonales y trabajo en equipo.
 - e. Formación sobre microeconomía referida a costos, facilitada por los algoritmos prácticos de normatización diagnóstica y terapéutica.
 - f. Concurrencia de los residentes al Curso anual de Cirugía de la Asociación Argentina de Cirugía *
 - g. Realización por parte de los residentes del Curso A.T.L.S.

h. Concurrencia de los residentes al Congreso Anual de Cirugía, Congreso de la Asociación Argentina de Médicos Residentes de Cirugía General y Congresos de Sociedades Regionales.

e) Estándares mínimos de calidad y cantidad de operaciones realizadas como cirujano bajo supervisión.

Debe contar con registro sistemático de todas las cirugías realizadas por los residentes, documentadas con copias de partes quirúrgicos. Se sugiere registrar además la totalidad de las cirugías ayudadas y observadas.

El residente deberá, al concluir su período formativo, haber cumplido con los siguientes estándares:

- Cirugía menor de partes blandas: 25 casos
- Cirugías de Cabeza y Cuello: 10 casos (de ellos 3 tiroidectomías)
- Procedimientos hepato-biliares: 30 casos (de ellos 20 colecistectomías)
- Cirugía de paredes abdominales: 30 casos
- Cirugía del tubo digestivo: 30 casos (de ellos 10 colectomías y 3 cirugías de intestino delgado)
- Apendicectomías: 10 casos
- Cirugías de tórax: 15 casos (de ellos 3 mediastinoscopías)
- Procedimientos laparoscópicos: 30 casos
- Procedimientos percutáneos: 5 casos

El Jefe de Servicio será el responsable de garantizar la veracidad de la documentación registrada ante la AAC. Los Directores de programa deberán considerar y supervisar la extensión del programa, el número de residentes y el porcentaje de las intervenciones por ellos realizadas para que los residentes a su cargo logren cumplir con el catálogo mínimo de procedimientos quirúrgicos requerido (un piso del 20% de los procedimientos realizados por el Servicio operado por los Residentes bajo supervisión).

En aquellos hospitales donde el número de cirugías sea insuficiente, el Director del programa deberá generar rotaciones externas que permitan al residente cumplir con el catálogo quirúrgico sugerido.

ANEXO 2

Planilla de evaluación semestral del Departamento de Docencia e Investigación del HA

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS RESIDENTES

APELLIDO Y NOMBRE DEL RESIDENTE:

ESPECIALIDAD. SERVICIO: .

AÑO DE RESIDENCIA: R1- R2- R3- R4

PERÍODO EVALUADO: trimestre: 1° - 2° - 3° - 4°

1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Capacidad para argumentar y justificar las decisiones diagnósticas y terapéuticas a partir del conocimiento fisiopatológico

- A) Fundamenta citando como fuente sólo libros de texto. (1 punto)
- B) Intermedia (2 puntos)
- C) Fundamenta citando libros de texto y bibliografía clásica. (3 puntos)
- D) Intermedia (4 puntos)
- E) Fundamenta citando libros de texto, bibliografía clásica y reciente. (5 puntos)

2.- CRITERIO CLÍNICO

Capacidad para integrar la información clínica, indicar exámenes complementarios, elaborar planteos diagnósticos e interconsultar

- A) Elabora planteos diagnósticos incompletos, pide excesivos y/o inadecuados exámenes complementarios y realiza una pobre integración de la información.
- B) Intermedia
- C) Elabora correctamente el planteo diagnóstico de las patologías más frecuentes, solicita un número adecuado y pertinente de exámenes complementarios e integra la información.
- D) Intermedia
- E) Elabora planteos diagnósticos con una perspectiva teórica más amplia, solicita adecuadamente los exámenes complementarios e integra la información considerando una mayor gama de posibilidades pertinentes.

3.- ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Se evalúa el proceso completo de la realización del examen físico, la anamnesis, la selección y registro de la información

- A) El examen físico suele ser incompleto, no reconoce los signos significativos, los registros son imprecisos, desorganizados y poco comprensibles. Información insuficiente y poco confiable.
- B) Intermedia
- C) Examen físico completo, reconoce las alteraciones más significativas, los registros son confiables y organizados. Obtiene la información mínima necesaria.
- D) Intermedia

E) El examen físico es minucioso y preciso, conoce y busca los signos focalizándose específicamente en la patología, realiza registros precisos, abarcativos. Información óptima.

4.- HABILIDAD PARA RESOLVER LA EMERGENCIA

Se considera la capacidad para responder, el grado de organización de la tarea, el nivel de ansiedad que maneja y cómo elige y desarrolla las maniobras adecuadas

A) Tiene poca capacidad de reacción, es desordenado, muestra un alto nivel de ansiedad y no corrige correctamente los procedimientos.

B) Intermedia

C) Responde rápidamente, controla su ansiedad, es medianamente organizado, puede seleccionar los procedimientos y logra el objetivo.

D) Intermedia

E) Responde rápidamente, controla su ansiedad y la de su grupo de trabajo, es sistemático y altamente efectivo en la selección y secuencia de los procedimientos.

5.- CAPACIDAD PARA EFECTUAR PROCEDIMIENTOS

Habilidad para efectuar destrezas y maniobras requeridas por los procedimientos

A) Es lento para aprender la técnica, es poco preciso. Demuestra poco conocimiento de la técnica de los procedimientos de rutina, es inseguro.

B) Intermedia

C) Medianamente rápido para aprender la técnica, resuelve los puntos clave del procedimiento, es seguro.

D) Intermedia

E) Aprende rápidamente la técnica, lleva a cabo los procedimientos con fluidez y precisión, resuelve satisfactoriamente las dificultades y es muy seguro.

6.- RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Se enfatiza la evaluación de los aspectos afectivos y comunicacionales que se expresan en la relación entre el médico y sus pacientes

A) Establece una mala comunicación con el paciente, aumenta la ansiedad del paciente, no inspira confianza. No es elegido por los pacientes.

B) Intermedia

C) Mantiene una buena comunicación con el paciente, tiene un acercamiento cuidadoso, disminuye los temores, inspira confianza y los pacientes están dispuestos a ser entendidos por él.

D) Intermedia

E) Es excelente para escuchar y comunicarse, contiene al paciente, inspira confianza y es elegido por los pacientes.

7.- COMPROMISO CON LA TAREA

Se evalúan todos los aspectos actitudinales relacionados con la realización de la tarea profesional

A) No tiene mucha iniciativa personal, es poco confiable, si puede elude responsabilidades, su contribución al grupo de trabajo es mínima, es poco solidario y no se compromete con el paciente.

B) Intermedia

C) Tiene iniciativa personal, es confiable, asume las responsabilidades asignadas, aporta ideas al grupo de trabajo, es solidario y se compromete con el paciente.

D) Intermedia

E) Tiene entusiasmo e iniciativa personal, es altamente confiable, asume las responsabilidades de rutina y las que surgen en situaciones de crisis, contribuye creativamente, es solidario y tiene un alto compromiso con el paciente.

8.- PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DOCENCIA-INVESTIGACIÓN

Se evalúa el desempeño en clases, jornadas, congresos, ateneos y en aquellas relacionadas con trabajos de investigación desarrollados en el ámbito de la residencia

A) No muestra interés por la enseñanza ni por la investigación. Participa sólo por exigencia. No se compromete con la tarea de supervisión. Sus exposiciones y presentaciones son pobres. No muestra capacidad para proponer temas y problemas de investigación.

B) Intermedia

C) Participa y muestra interés en las actividades docentes y de investigación. Se compromete con la tarea de supervisión. Prepara sus exposiciones y presentaciones. Es capaz de participar en un equipo de investigación con supervisión.

D) Intermedia

E) Muestra una disposición especial para la enseñanza y la investigación. Cuida su tarea de supervisión. Sus presentaciones y exposiciones son claras y sólidas. Tiene capacidad para identificar problemas de investigación y maneja los métodos de investigación con supervisión.

9.- COMENTARIOS:

Firma del Residente

Firma del Jefe de Servicio

Director del Programa

Dimensión	Nivel de competencia logrado				
	1	2	3	4	5
1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA					
2. CRITERIO CLÍNICO					
3. ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA					
4. HABILIDAD PARA RESOLVER LA EMERGENCIA					
5. CAPACIDAD PARA EFECTUAR PROCEDIMIENTOS					
6. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE					
7. COMPROMISO CON LA TAREA					
8. PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN					
TOTAL OBTENIDO : / 40 =%				

Puntaje Total Obtenido:

Nombre y Apellido del evaluador:Firma:

Firma del Residente:

Firma del Jefe de Residentes:

Fecha:

Anexo 3. Herramienta de evaluación propuesta por la Asociación Argentina de Cirugía



Asociación Argentina de Cirugía

Comité de Residencias

Supervisión de la Formación en Cirugía General

Observación Directa de Habilidades en Procedimientos Quirúrgicos (DOPS)

Guía de uso

El propósito de la observación sistemática en quirófano es asegurar al residente la oportunidad de consolidar el aprendizaje y de recibir una devolución (feedback) precisa y estructurada sobre su nivel de desempeño en una práctica quirúrgica específica.

Requiere de un observador en el quirófano que analizará las acciones del residente de acuerdo a las pautas del instrumento y a las normas existentes en el servicio de cada una de las prácticas evaluadas.

Frecuencia

Dependerá de la organización del programa formativo y de la capacidad docente del servicio. En períodos formativos anuales se sugiere hacerlo al menos trimestralmente y en períodos cuatrimestrales bimensualmente.

Debido a que puede existir una gran variación en la tasa de progreso entre los residentes, los números absolutos de la cantidad de evaluaciones pueden revisarse. Es importante tomar en cuenta cada residente en particular, habiendo casos que requieran un seguimiento mayor.

Devolución al residente - Feedback

La sesión no requiere de más de 5 -10 minutos, pero es importante que se lleve a cabo inmediatamente después de la evaluación y en un ambiente tranquilo y privado.

El propósito principal es proporcionarle al residente información sobre su desempeño más precisa de la que se puede obtener con la observación informal e incidental, identificando sus fortalezas y oportunidades de mejora. Es esperable que incluya además sugerencias remediales si el progreso no ha sido el esperado.

Es necesario crear una sesión constructiva, que tenga un impacto positivo en su proceso de aprendizaje, para lo cual se sugiere seguir los siguientes 4 pasos:

- 1- ¿Qué estuvo bien? Pregúntele al evaluado qué estuvo bien
- 2- Describa qué estuvo bien desde su punto de vista
- 3- ¿Qué modificarías en el futuro? Pregúntele al evaluado qué haría la próxima vez
- 4- Exprésele lo que Ud. haría, si estuviera en su lugar, la próxima vez.

Versión 2015

Observación directa de habilidades en procedimientos quirúrgicos (DOPS)

Residente:								
Evaluador:								
Especialidad:				R1 <input type="checkbox"/>	R2 <input type="checkbox"/>	R3 <input type="checkbox"/>	R4 <input type="checkbox"/>	R5 <input type="checkbox"/>
Servicio:								
Nombre del procedimiento:					Fecha:			
TOTAL de procedimientos realizados previos a la evaluación:								
Ninguno <input type="checkbox"/>		De 1 a 5 <input type="checkbox"/>		De 6 a 10 <input type="checkbox"/>		Más de 10 <input type="checkbox"/>		
Grado de dificultad: Más fácil de lo habitual <input type="checkbox"/>			Dificultad estándar <input type="checkbox"/>		Más difícil que lo habitual <input type="checkbox"/>			
Escala:	NO: no observado/no apropiado	RM: requiere mejorar	S: satisfactorio	NO	RM	S		
Describe el caso clínico								
Describe las indicaciones, el procedimiento y las posibles complicaciones								
Obtiene el consentimiento, luego de explicar el procedimiento y las posibles complicaciones al paciente								
Controla la documentación preoperatoria								
Coloca al paciente en la posición operatoria adecuada								
Demuestra buena antisepsia, colocación adecuada de los campos quirúrgicos y un uso seguro del instrumental y elementos cortopunzantes								
Aplica el protocolo/guía de la cirugía								
Realiza incisión y abordaje adecuados								
Responde adecuadamente a preguntas de anatomía quirúrgica								
Realiza adecuadamente la técnica quirúrgica								
Actúa adecuadamente ante eventos inesperados o busca ayuda cuando es apropiado								
Se comunica claramente con el staff durante todo el procedimiento								
Completa la documentación postoperatoria requerida (dictado o escrito)								
Demuestra un comportamiento profesional durante el procedimiento								
Realiza un buen seguimiento postoperatorio hasta el momento del alta								
Comentarios u observaciones:								
“Feedback” y sugerencias al evaluado:								
RESUMEN GLOBAL - NIVEL alcanzado por el residente en esta ocasión:								
<input type="checkbox"/> Nivel 0: evidencia insuficiente para realizar el resumen global								
<input type="checkbox"/> Nivel 1: incapaz de realizar el procedimiento con supervisión								
<input type="checkbox"/> Nivel 2: capaz de realizar el procedimiento con supervisión								
<input type="checkbox"/> Nivel 3: capaz de realizar el procedimiento con mínima supervisión (necesitó ayuda ocasional)								
<input type="checkbox"/> Nivel 4: capaz de realizar el procedimiento sin supervisión (maneja cualquier complicación posible)								
Tiempo de observación:				Tiempo de feedback:				
Firma del evaluado				Firma del evaluador				

**Adaptación realizada por Comité de Residencias del Direct Observation Procedural skills (DOPS) del Joint Committee Surgical Trainee & Intercollegiate Surgical Curriculum Program, Reino Unido. http://www.aac.org.ar/cont_residencia.asp*

Versión 2015