

**RESOLUCIÓN N° 3780/17-C.D.**  
**CORRIENTES, 01 de diciembre de 2017.**

**VISTO:**

El Expte. N° 10-2017-04857, por el cual se tramita la aprobación del nuevo Programa de la Residencia en Cirugía General, que se lleva a cabo en el Hospital Escuela "Gral. José Francisco de San Martín" de esta Ciudad; y

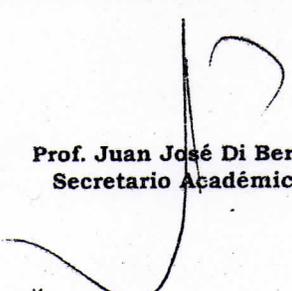
**CONSIDERANDO:**

La programación a desarrollar;  
Lo que establecen las Cláusulas Cuarta y Quinta del Convenio suscripto oportunamente entre la Universidad Nacional del Nordeste y los Ministerios Provinciales, para la aplicación del "Sistema de Residencias de Salud en el Nordeste Argentino";  
Que se hicieron las correcciones sugeridas por la Sub Secretaria de Post Grado;  
El V° B° producido por el Consultor Experto, Prof. Ricardo Alberto Torres;  
El Despacho favorable emitido por la Comisión de Enseñanza;  
Que las actuaciones fueron analizadas por el H. Cuerpo en su sesión del día 16-11-17, resolviendo aprobar sin objeciones el Despacho mencionado precedentemente;

**EL H. CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE MEDICINA  
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE  
EN SU SESIÓN DEL DÍA 16-11-17  
RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.-** Aprobar el Programa de la Residencia en **Cirugía General**, que se lleva a cabo en el Hospital "Gral. José Francisco de San Martín" de esta Ciudad y que tiene vigencia a partir del ciclo lectivo 2017 y que como Anexo corre agregado a la presente.

**ARTÍCULO 2°.-** Regístrese, comuníquese y archívese.

  
Prof. Juan José Di Bernardo  
Secretario Académico

  
Prof. Gerardo Omar Larroza  
Decano

mih

ES COPIA

  
Sra. Carolina Auchter de Santillan  
Secretaria Administrativa  
Facultad de Medicina U.N.N.E



**PROGRAMA DE RESIDENCIA BASICA DE**

# **CIRUGIA GENERAL**

**HOSPITAL ESCUELA "JOSE F DE SAN MARTIN"**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**UNNE**

# INDICE

- 1. DATOS GENERALES**
  - 2. FUNDAMENTACIÓN**
  - 3. PERFIL DEL EGRESADO**
  - 4. CRONOGRAMA DE ROTACIONES**
  - 5. OBJETIVOS GENERALES**
  - 6. OBJETIVOS DE LA RESIDENCIA**
  - 7. FORMACION EN CIRUGÍA LAPAROSCOPICA**
  - 8. CONTENIDOS POR AÑO**
  - 9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**
  - 10. BLOQUES TRANSVERSALES**
  - 11. PRACTICAS POR AÑO**
  - 12. BIBLIOGRAFIA**
  - 13. RECURSOS**
  - 14. MODALIDADES DE EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES**
- ANEXO 1**



## 1. DATOS GENERALES

**Especialidad:** CIRUGÍA GENERAL

**Residencia Básica a término.**

**Duración:** Cuatro (4) años, los cuales darán inicio 1 de junio de cada año y finalizarán el 31 de mayo del siguiente.

**Cargos a concursar:** 3 tres. Número de Residentes por año 3

**Institución sede:** Hospital Escuela José Francisco de San Martín

**Servicio:** Cirugía General

**Dependencia Académica:** Cirugía General

**Area:** Clínica Quirúrgica I y II, Cátedras III, IV y VI. Facultad de Medicina. UNNE

**Dependencia Administrativa:** Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes.

**Dirección:** Rivadavia 1250 - CP 3400 - Corrientes Capital.

**Mail:** scirugiahe@hotmail.com

### AUTORIDADES DE LA RESIDENCIA:

**Director de Docencia e Investigación:** Dr. German Pagno

**Instructor de Residentes:** Dr. Guillermo Vallejos Pereira  
Te: 3794664683

**Mail:** guillermovallejos@arnet.com.ar

**Responsable del Programa:** Dra Cristina Marecos  
Te: 3794836013

**Mail:** qrismarecos@gmail.com

**Creación de la Residencia de Cirugía General:** año 1981





**JEFE DE DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL**

Dr. Ricardo A. Torres

Mail: ratorres@arnet.com.ar

**JEFE DE SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL**

Dr. Raúl D. Orban

Mail: orbanraul@hotmail.com

Te: 3794398809

**MEDICOS DE PLANTA**

Dr. Héctor Ramírez Vergara

Dr. Walter Pilchik

Dra. Cristina Marecos

Dr. Miguel A. Sánchez

Dr. Rodolfo Girardi

Dr. Mariano W. Mansilla

Dra. Helena María Inés Taberero

Dr. Gustavo Schmidt

Dra. María Eugenia Guerrico

Dr. Guillermo Vallejos Pereira

Dr. Alfredo Aquino

Dr. Guillermo Arnica

Dr. Sergio Ortiz

Dr. Paolo Gromenida

Dr. Jorge Ruiz

Dra. Vanesa Alé



**JEFE DE RESIDENTES**

Dra. Gallicet Patricia

**RESIDENTES DE 4° AÑO**

Dr. Escobar Diego M.

Dra. Fernández Noelia

**RESIDENTES DE 3° AÑO**

Dra. Romero Rocío

Dr. Kacerosky, Yocer D.

Dra. Gomez Rosana N.

**RESIDENTES DE 2° AÑO**

Dr. Sanchez Susana

Dr. Cenoz Leonardo M.

Dr. Escobar Eric L.

**RESIDENTES DE 1° AÑO**

Dr. Blugerman Guido

Dos plazas vacantes

**FELLOW SHIP:** En Cirugía Laparoscópica de avanzada.

Godoy Ruben. (Guatemala)

León Vanesa. (Bolivia)



**SECTOR HEPATOBILIOPANCREAS- PERCUTÁNEA**

Dr. Gustavo Schmidt

Dr. Walter Pilchik

Dr. Héctor Ramírez Vergara

Dr. Guillermo Arnica

**SECTOR COLOPROCTOLOGIA**

Dr. Guillermo Vallejos Pereira

Dra. Vanesa Alé

**SECTOR FLEBOLOGÍA**

Dra. Cristina Marecos

Dra. Helena María Inés Tabernero

**SECTOR TÓRAX Y VASCULAR PERIFERICO**

Dr. Raúl Orban

Dr. Walter Pilchik

Dr. Alfredo Aquino

Dr. Gromenida, Paolo

**SECTOR PAREDES ABDOMINALES**

Dr. Mariano Mansilla

Dr. Sergio Ortiz

Dr. Jorge Ruiz

**SECTOR CABEZA Y CUELLO**

Dr. Miguel Sánchez

## SECTOR GINECOLOGIA

Dra. María Eugenia Guerrico



### 1. INTRODUCCION

La Asociación Argentina de Cirugía acepta la preservación de la cirugía general no solo como marco de formación y fuente de entrenamiento para todas las especialidades quirúrgicas, sino también como forma de práctica primaria, necesaria y eficiente en la República Argentina.

Ella incluye formativamente como ámbito de responsabilidad primaria a las patologías de contenido abdominal y sus paredes, de la piel y tejidos blandos, de cabeza y cuello, del sistema vascular periférico, el manejo del traumatizado y el cuidado del paciente crítico en emergencia y en cuidados intensivos.

Su objetivo es la formación de un cirujano general práctico, bien entrenado en la totalidad del cuidado del paciente quirúrgico, capaz de realizar bien tanto la cirugía de urgencia y programada de mediano y bajo riesgo en forma independiente, de aprender continuamente y provisto de una conducta ética.

### 2. FUNDAMENTACION:

En Argentina las pautas de formación del cirujano se obtienen a través de los programas de Posgrado de Residencias de Cirugía General. Se reconoce en ella, un marco de formación básico y fuente de entrenamiento para todas las subespecialidades quirúrgicas. Su propósito es la formación de un cirujano general, entrenado 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. El aspirante debe obtener primero el título de médico general (seis años), y posteriormente debe ingresar al sistema de formación en la especialidad de Cirugía General de cuatro años.

La residencia de cirugía general del Hospital Escuela General José Francisco de San Martín, fue creada en el año 1981. La base de su funcionamiento está constituida por un servicio quirúrgico cuyos integrantes han puesto énfasis en el perfeccionamiento de la especialidad y en la enseñanza de la misma a los médicos que desean formarse como cirujanos generales. 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 y la cirugía experimental forman parte del curriculum.

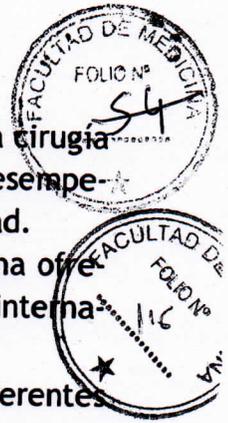
Las tareas se realizan en forma integrada con los miembros del staff, fellows y becarios que son otras figuras docentes que completan la formación de los médicos.

#### Propósitos del Programa de la Residencia de Cirugía General

El objetivo último de este programa es establecer un encuadre general que oriente la formación para que los residentes adquieran las habilidades, conocimientos y disposiciones necesarias para llevar a cabo su tarea como cirujanos.

El programa se propone:

- Brindar al médico residente la capacitación básica en las áreas de la cirugía abdominal, torácica y vascular periférica, posibilitando su desempeño como cirujano general en hospitales de diversa complejidad.
- Seleccionar las mejores oportunidades de aprendizaje que el sistema ofrece en las distintas áreas (consultorios externos, urgencias, internación, quirófano)
- Formar profesionales capaces de utilizar adecuadamente los diferentes dispositivos y recursos que el hospital dispone.
- Desarrollar capacidades docentes de acompañamiento, supervisión y orientación dentro de la residencia.
- Estimular la producción científica y la investigación en la especialidad.



### 3. PERFIL DEL EGRESADO

El residente de cirugía general contará con una formación clínico-quirúrgica que le permita valorar, diagnosticar, evaluar y aplicar la terapéutica apropiada, teniendo en cuenta no sólo el tratamiento de las patologías, sino también la prevención de las mismas mediante una educación continua dirigida a ese propósito.

El perfil de cirujano comprende tres vertientes de logros educativos que se esperan como efectos del proceso de educación formal, esto es: la orientación profesional-humanista (el ser), la formación intelectual (el saber) y el desempeño operativo del especialista médico (el saber hacer). Se propone lograr que el egresado sea un especialista altamente competente en su disciplina para:

- Emplear con eficacia y eficiencia el conocimiento médico-clínico, paraclínico, biomédico, psicológico, sociomédico, humanista apropiado a las circunstancias individuales del paciente y condiciones de grupo que afronta en su práctica profesional.
- Sustentar el ejercicio de su especialidad en los principios del humanismo que considere la dignidad de la persona y su integridad biopsíquica en interacción constante con el entorno social.
- Aplicar con habilidad y juicio crítico los procedimientos y recursos técnicos de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en la atención de los pacientes.
- Reconocer los límites de su actuación profesional que lo conduzcan a solicitar ayuda de las instancias correspondientes en la atención de los pacientes en el momento oportuno.
- Demostrar habilidades interpersonales y de comunicación que resulten en un intercambio de información eficaz y en una adecuada relación con los pacientes, sus familias y los integrantes del equipo de salud.
- Seleccionar, analizar y valorar la literatura médica de su especialidad, aplicándola con pertinencia a su quehacer cotidiano.
- Participar en el desarrollo de proyectos de investigación médica orientados hacia la solución de problemas significativos de su especialidad.
- Colaborar productivamente en grupos de trabajo interdisciplinario del ámbito de la salud, procurando una visión integradora de su quehacer en relación con el trabajo de los demás profesionales del área.
- Participar en la educación médica de sus pares y de las generaciones de profesionales que suceden, así como en actividades de promoción de la salud dirigidas a los pacientes y grupos sociales.
- Procurar su educación permanente y superación profesional para su continuo perfeccionamiento y el empleo ético del conocimiento médico.



#### 4. CRONOGRAMA DE ROTACIONES

Residentes de Primer año, no efectuarán rotaciones, desarrollaran sus actividades en el servicio de internación de cirugía general

Residentes de Segundo año, rotación de dos meses por unidad de terapia intensiva y un mes por unidad de diagnóstico por imágenes.

Residentes de Tercer año, rotación de dos meses por hospitales del interior, un mes por Emergencia del hospital, un mes por el servicio de gastroenterología.

Las rotaciones no podrán realizarse en forma simultánea, en residentes del mismo año.

Residentes de Cuarto año, rotación de dos meses por un hospital de mayor complejidad nacional o del extranjero. (Rotación externa optativa)

#### 5. OBJETIVOS GENERALES

Al finalizar el período completo de 4 años de formación, el residente estará en condiciones de:

- Valorar el rol del médico especialista con funciones asistenciales, docentes y de investigación.
- Adquirir conciencia de sus posibilidades y limitaciones en el ámbito de la ética y la responsabilidad profesional.
- Considerar al paciente como individuo integral, estableciendo con él una relación satisfactoria y útil para ambos.
- Lograr una relación profesional adecuada con sus colegas y con el personal auxiliar integrándose a un equipo multidisciplinario.
- Reconocer a los pacientes con posible patología quirúrgica general, tanto en el ámbito de la urgencia como en la actividad programada.
- Interpretar los diagnósticos diferenciales para cada caso y establecer el diagnóstico de certeza cuando fuera posible y sobre la base de los medios disponibles.
- Ejecutar las intervenciones quirúrgicas corrientes en cirugía de urgencia y programada actuando como cirujano.
- Controlar la evolución del período post-operatorio inmediato y post-operatorio alejado efectuando el seguimiento correspondiente.
- Programar, conducir y evaluar en forma elemental, actividades docentes dirigidas a residentes de años inferiores.
- Analizar críticamente la bibliografía quirúrgica para elaborar trabajos de investigación clínica.



## **6. OBJETIVOS DE LA RESIDENCIA:**

### **ACTIVIDADES DE LA RESIDENCIA DE CIRUGIA GENERAL**

#### **ACTIVIDAD ASISTENCIAL**

#### **HISTORIAS CLINICAS**

Serán realizadas por los médicos residentes de primer año (MR 1), supervisados por el residente de 2° o 3° año que esté a cargo del sector al cual corresponda el paciente debiendo ser fechadas, firmadas y selladas por el médico que las confecciona.

En ellas constatará el motivo de internación, enfermedad actual, antecedentes personales y patológicos, examen físico. Se registrarán los resultados de laboratorio y estudios previos (adjuntando los mismos).

La historia clínica es un documento, pudiendo ser requerido en cualquier momento por un colega, el paciente o la justicia, siendo ésta la única prueba de acto médico realizado sobre una persona.

#### **SALA DE INTERNACION**

Cada sector estará a cargo de un MR 1 y un MR 2 que trabajarán en equipo y serán supervisados por los residentes superiores responsables de cada sector quienes coordinarán la ejecución de las indicaciones impartidas por los médicos de planta y el jefe de residentes diariamente.

#### **CONTROL DE LOS PACIENTES INTERNADOS**

Los internados en las salas estarán a cargo de los MR 1 y los internados en la unidad de cuidados intensivos son responsabilidad del MR 2 o MR 3 - 4 que haya efectuado el procedimiento quirúrgico siempre supervisados por el jefe de residentes y los médicos de planta.

Realizarán las curaciones, prescripciones, solicitud de exámenes complementarios antes de las 7:00 am momento en el que inicia la revista de sala. La evolución clínica debe registrarse diariamente, consignando fecha y horario, completando con firma y sello aclaratorio. Se transcribirán los datos de laboratorios, informes de estudios complementarios, respuestas a interconsultas y resultados anatómopatológicos. Asimismo se deben indicar cambios o modificaciones de la conducta terapéutica o diagnóstica.

Dentro de las 48 horas del egreso del paciente el médico que estuvo a cargo deberá confeccionar la epicrisis consignando toda la información solicitada.

Diariamente luego de las 17:00 horas y los fines de semana y feriados; los MR de guardia quedarán a cargo de todos los pacientes internados.



Durante la jornada de guardia se realizará una recorrida vespertina, con la finalidad de controlar los postoperatorios inmediatos y a todos los pacientes del servicio.

## **CONSULTORIOS EXTERNOS**

El consultorio de curaciones de cirugía general funciona de lunes a viernes de 12 a 14 horas, en éste se atiende a los pacientes que están cursando su postoperatorio temprano, que requirieron curaciones, control, extracción de puntos, etc. Los encargados serán los MR 1, con la supervisión de los MR 2.

## **ACTIVIDAD EN QUIROFANO**

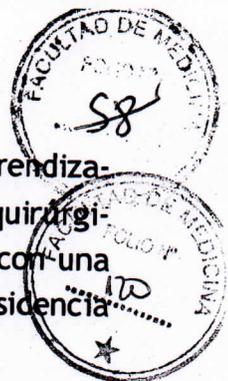
Los MR participarán en las cirugías programadas a partir de las 7,30 horas los días lunes, miércoles y viernes. Las operaciones serán asignadas por complejidad creciente de acuerdo con el año de formación, aptitudes y demostrada inclinación a la tarea asistencial ya sea como cirujano, primer o segunda ayudante.

En el caso de participar como cirujano, tendrá un cirujano de planta o el jefe de residentes como ayudante. El MR debe conocer el caso, historia clínica, patología, estudios, plan y técnica quirúrgica a realizar. El jefe de residentes y los médicos de planta evaluarán diariamente los conocimientos sobre el caso a operar, pudiendo anular la participación del MR asignado que no conozca los aspectos técnicos y tácticos de la operación que va a realizar. El seguimiento postoperatorio es una tarea obligatoria del MR que actuó como cirujano, aún cuando dicho paciente se encuentre internado en otro sector o servicio del hospital. Es obligación del MR presentarse ante el paciente y familiares como miembro del equipo quirúrgico antes y después de la operación siendo referente para los mismos junto con el jefe de residentes y el médico de planta actuante. La mejor forma de aprender y adquirir las destrezas en las maniobras quirúrgicas es participando en las operaciones.

Los MR asignados previamente para la actividad quirúrgica deberán presentarse en quirófano para las 7,30 horas para agilizar las actividades dentro del mismo y poder comenzar la primer operación a las 8 hs.

Una vez finalizada la operación el MR que actuó como cirujano redactará las indicaciones médicas, pedidos de anatomía patológica y luego escribirá el protocolo quirúrgico siempre supervisado por un médico de planta. En el informe a la familia el médico residente deberá ser acompañado por un médico de planta responsable de la operación.

## **ENTRENAMIENTO QUIRURGICO EN SIMULADORES**



La simulación como herramienta educativa ofrece la oportunidad de un aprendizaje experiencial. Los MR realizarán talleres de entrenamiento en técnicas quirúrgicas básicas y cirugía laparoscópica en el Centro de Simulación CENCIL, con una frecuencia mensual y una complejidad de actividades acorde al año de residencia bajo supervisión del Jefe de Residentes y/o Instructor de Residentes.

### ROTACIONES INTERNAS

Estas rotaciones comienzan a partir de 2° año, tiene una duración de un mes, y se realizará en el Servicio de Diagnóstico por Imágenes (sector ecografía). Los MR de 3° año rotarán por el Servicio de Terapia Intensiva. Durante esta rotación el MR participará de lunes a viernes por la mañana en todas las actividades de ese sector, pero continuará con sus actividades asistenciales de guardia en el Servicio de Cirugía.

### ROTACIONES EXTERNAS

Existen dos rotaciones obligatorias y una electiva.

Las rotaciones obligatorias para los MR de 3 y 4 año, tendrán una duración de dos y hasta tres meses respectivamente, en hospitales de otras ciudades de Corrientes. La fecha y lugar de realización de la misma será fijada por el Departamento de Docencia e Investigación, y dependerá de las instrucciones impartidas del Ministerio de Salud de la provincia.

Durante el 4° año los MR tendrán la oportunidad de realizar una rotación electiva que podrá ser en un Servicio de Cirugía nacional o en el extranjero, con una duración máxima de 2 meses.

Se deberá contar con la autorización del Jefe de Residentes, Jefe de Servicio y la del Director de Docencia e Investigación.

|                  | <b>R1</b> | <b>R2(A,B,C)</b> | <b>R3(A,B,C)</b>     | <b>R4(a,B)</b>       |
|------------------|-----------|------------------|----------------------|----------------------|
| <b>junio</b>     |           |                  | endoscopia A         |                      |
| <b>julio</b>     |           |                  | endoscopia B         |                      |
| <b>agosto</b>    |           |                  | endoscopia C         |                      |
| <b>setiembre</b> |           |                  |                      | rotación obligatoria |
| <b>octubre</b>   |           | ecografía A      | rotación obligatoria | rotación obligatoria |
| <b>noviembre</b> |           | ecografía B      | rotación obligatoria |                      |
| <b>dicembre</b>  |           | ecografía C      |                      |                      |
| <b>enero</b>     |           |                  |                      |                      |
| <b>febrero</b>   |           |                  | UTI A                | rotación libre A     |

|       | <b>R1</b> | <b>R2(A,B,C)</b> | <b>R3(A,B,C)</b> | <b>R4(a,B)</b>   |
|-------|-----------|------------------|------------------|------------------|
| marzo |           |                  | UTI B            | rotación libre A |
| abril |           |                  | UTI C            | rotación libre B |
| mayo  |           |                  |                  | rotación libre B |



## GUARDIAS

Se cubrirán durante todos los días, con dos MR, uno de primer o segundo año y otro de año superior. Esta distribución resulta en aproximadamente 8 guardias para los MR1, 6 a 8 guardias para los MR2, 4 a 6 guardias para los MR3 y 2 a 4 guardias para los MR4 por mes. Los residentes de año superiores serán responsables de la evaluación inicial de los pacientes e informarán a los médicos de planta de los pacientes quirúrgicos que ingresen.

Los MR de guardia están a cargo de todos los pacientes internados en la sala pertenecientes al servicio de cirugía.

## INTERCONSULTAS

Serán contestadas en las fechas del pedido, por el MR de guardia de mayor jerarquía. Debiendo éste tomar conocimiento del motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes, estudios realizados, tratamiento recibido. Se presentará el caso al jefe de residentes, médico de planta o cirujano de guardia. No está permitido al MR tomar decisiones por sí solo, sin previa consulta. Los casos complejos que no revistan urgencia son propicios para ser presentados al médico de planta al día siguiente.

## ACTIVIDAD ACADEMICA

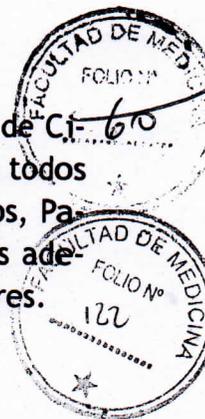
### ATENEOS

Es de fundamental importancia la actualización de los algoritmos diagnósticos y terapéuticos de las patologías más frecuentes tratadas en el servicio. Para ello se desarrollarán Ateneos Generales obligatorios que serán presentados por los médicos residentes los días martes a las 9 horas y Ateneos de Morbimortalidad los días jueves a las 9 horas después de la Revista de Sala General.

Los disertantes serán designados por el Jefe de Residentes, acorde a la complejidad del tema a tratar. Los ateneos se registraran en libro de acta foliado, con fecha, tema a tratar, MR responsable, y firmas de los presentes.

## COMITÉ DE TUMORES

Se realizará los días jueves a las 10 hs en la sala de reuniones del Servicio de Cirugía y será dirigida por un MR de 2° o 3° año. En el mismo se presentarán todos los casos oncológicos que se discutirán en forma conjunta con los Oncólogos, Patólogos, Clínicos del Hospital, a fin de decidir la conducta terapéutica más adecuada. La misma se deberá asentar en el Libro de Actas de Comité de Tumores.



## **CLASES DE RESIDENTES**

Se realizarán todos los días después de la revista de sala por la tarde, las mismas estarán a cargo de un MR por día, los cuales serán asignados por el jefe de residente. Cada día se tratarán temas sobre un sector en particular, la literatura deberá ser actualizada y lo más didáctica posible.

## **CURSOS**

Todos los médicos residentes deberán realizar los siguientes cursos dictados durante la residencia:

- Metodología de la Investigación
- Inglés para residentes
- Seguridad del paciente

## **REVISTA DE SALA**

### **• CON EL JEFE DE SERVICIO Y MEDICOS DE PLANTA**

Se efectuarán los días martes y jueves a las 8 hs. La presentación de los pacientes es atributo del MR a cargo del sector al cual corresponda el paciente, debiendo los demás MR guardar la reserva de opiniones pudiendo aportar detalles de interés si el jefe de servicio o el jefe de residentes lo solicitare.

La metodología de la presentación debe incluir: nombre y apellido del paciente, edad, fecha y motivo de ingreso. Es obligatorio tener disponible para la presentación todos los estudios complementarios. La presentación debe ser clara y completa.

### **• CON EL JEFE DE RESIDENTES**

Se realizará de lunes a sábado al comenzar la jornada y al finalizar la actividad de quirófano. Se comentará sobre los procedimientos diagnósticos, algoritmos, evolución clínica y propuestas terapéuticas.

Con los recientemente operados se comentará los detalles de la táctica y la técnica quirúrgica empleada, la anatomía quirúrgica. La participación será activa y ordenada con el propósito de asimilar conocimientos en todos los niveles. En todos los casos se deberá prevalecer el sentido ético en los comentarios y apreciaciones globales.



## CURSOS-CONGRESOS Y JORNADAS

Anualmente se realiza el Congreso Argentino de Cirugía y el Congreso Argentino de Residentes de Cirugía General, el Congreso de Cirugía del Litoral; se incentivará la participación de los residentes en los mismos, como así también la presentación de trabajos científicos, que serán de carácter obligatorio para poder asistir al Congreso.

## 7. FORMACION EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA

### Fundamentación

La expansión y desarrollo de la cirugía laparoscópica trajo aparejados innumerables cambios al terreno de la cirugía general. Uno de estos cambios consistió en la clara percepción de que el modelo de enseñanza y aprendizaje de la cirugía general necesitaba cambios y/o aditamentos. La coordinación psico-motriz es distinta cuando se la compara con la cirugía convencional, una curva de aprendizaje mas larga, la incorporación de tecnología absolutamente diferente y los beneficios evidentes e innegables de la cirugía mínimamente invasiva video asistida en todas sus ramas, son algunos de los motivos por los cuales es necesario entrenar en forma sistematizada y temprana a los residentes de cirugía.

### Desarrollo

- Desde el primer año los residentes deberán adquirir los conocimientos básicos de manejo del equipamiento e instrumental en cirugía laparoscópica destacando la importancia del entrenamiento mediante la práctica sistematizada y repetitiva en cirugía.
- Deberán cumplir con un programa de entrenamiento que se llevará a cabo en el Centro de Entrenamiento en Cirugía Laparoscópica y Mini-invasiva de la UNNE, a fin de adquirir destrezas y habilidades con el instrumental de laparoscopia. Dicha actividad esta prevista una vez por semana y todos los días mientras se desarrollen los cursos de posgrado, como participantes activos, y al finalizar los prácticos podrán permanecer 1 hora más con los modelos.
- Cumplido el mismo los residentes de primer año podrán participar como cirujano de procedimientos de cirugía laparoscópica básica mas frecuentes (apendicectomías) y como ayudante de las cirugías laparoscópicas de mayor complejidad.
- Adquirir las habilidades técnicas necesarias desde el primer año de la residencia para participar activamente en cirugías laparoscópicas.
- A partir de segundo año, el residente podrá participar como cirujano de: colecistectomías, laparoscopías diagnósticas, cirugías ginecológicas, y como ayudante de cirugías más complejas que iran realizando los residentes de año superior.



## **8. CONTENIDO POR AÑO**

### **• ACTIVIDADES Y OBLIGACIONES DEL JEFE DE RESIDENTES**

#### **Dependencia**

El Jefe de Residentes (JR) dependerá del Jefe del Servicio de Cirugía General para las actividades asistenciales.

#### **Horario de Actividades**

Sus actividades se desarrollarán diariamente de 7:00 am a 17:00 pm con carácter de dedicación exclusiva.

#### **Actividades y Obligaciones asistenciales**

##### **Sala de Internación**

Interiorizarse sobre las novedades de los pacientes, operaciones efectuadas durante la guardia e ingreso de pacientes.

Orientar las actividades asistenciales de los médicos residentes con especial atención en verificar la adecuada y precisa formulación de las indicaciones del período pre y post operatorio. Controlará la confección de los protocolos operatorios, interconsultas y pedidos de prácticas especiales.

Verificar el cumplimiento de las normas establecidas para las historias clínicas.

Para las decisiones importantes requiere del aval de un médico de planta. No indicará cambios en las normas o protocolos existentes.

##### **Cirugía Programada**

Será responsable de reunir todos los pedidos de quirófano para confeccionar la lista de operaciones. La misma es un atributo del Jefe de Servicio, el cual puede ser asistido por los cirujanos de planta. El JR podrá sugerir la designación como cirujano de un médico residente.

Deberá amparar, propiciar y satisfacer todas las necesidades de entrenamiento y formación de todos los residentes, se desempeñará como cirujano en las operaciones que le sean asignadas por el Jefe de Servicio.

Exigirá a los médicos residentes la asistencia a quirófano en aquellas intervenciones de interés clínico patológico o complejidad técnica.

#### **Actividades de docencia y educación médica**



Deberá:

1. Impartir indicaciones de trabajo al iniciar la jornada
2. Exigir el cumplimiento estricto de los horarios
3. Orientar y supervisar todas las actividades docentes y educativas realizadas por los médicos residentes.

Mantendrá la sensibilidad de todo lo que acontezca en el grupo humano de la residencia para organizar y coordinar las actividades de los médicos residentes, de modo que se facilite y posibilite el autoaprendizaje de mejores comportamientos o conductas.

Orientará las actividades de los médicos residentes dentro de los límites que marcan el más absoluto respeto por la integridad espiritual y física de los pacientes, y el inalienable derecho que ellos poseen por su condición humana, para el ejercicio de su libertad con dignidad (Código de ética y Deontología del Cirujano- Asociación Argentina de Cirugía. Art. 1 pág.3) exigirá también corrección en la presentación personal, en el trato con los pacientes y sus familiares y en el vocabulario empleado en los ambientes del Hospital.

Propiciará la cohesión del grupo para lograr que las actividades se desarrollen en un ambiente cordial de camaradería y respeto mutuo.

Cuando advierta una falta grave de ética o anormalidad de actitud y/o comportamiento deberá comunicar la novedad al Jefe de Servicio.

Asegurará la asistencia y/o participación de los médicos residentes de cirugía a todas las actividades docentes que se desarrollen en el marco del programa, como también a reuniones médicas interdisciplinarias y/o comités, de interés general y científico que eventualmente puedan desarrollarse en el Hospital.

Crearé los incentivos para que todos los médicos residentes concurren a los cursos, congresos y jornadas que correspondan al dominio de la cirugía general y sus subespecialidades.

Tendrá responsabilidad directa en la planificación de los ateneos semanales.

Intervendrá en la evaluación periódica de los médicos residentes de cirugía.

## • ACTIVIDADES DEL RESIDENTE DE PRIMER AÑO

### GENERALIDADES

Las actividades se desarrollarán diariamente de lunes a viernes entre las 7 y las 17 hs; y los sábados de 8 a 12 hs. No obstante el horario fijado, no podrán retirarse del hospital sin haber cumplido con sus tareas y deberán comenzar su jornada laboral tan



temprano como sea necesario en el marco de los horarios rígidos propiamente de un servicio de cirugía general.

Como tarea básica tendrá a su cargo la presentación de los pacientes internados en el sector de cama asignado. Tiene la obligación de conocer todos los pacientes internados.

Deberá cumplir con sus guardias semanales activas de 24 hs, el régimen podrá ser modificado por las necesidades asistenciales. La diagramación de las guardias estará a cargo del jefe de residentes, y una vez confeccionado el calendario mensual, no podrá alterarse. La actividad de la guardia finaliza a las 7 hs, momento en que arranca la tarea asistencial diaria. La actividad de la guardia no exime ni justifica la inasistencia o incumplimiento de la actividad programada del día.

Participarán como cirujanos y ayudantes en las operaciones que correspondan al contenido del programa de capacitación y entrenamiento del primer año, o bien en intervenciones más complejas como ayudantes.

Será responsable de las historias clínicas de los enfermos, con todos sus estudios y la disponibilidad de los mismos en el momento del traslado del paciente a la sala de operaciones. Asimismo deberá verificar y hacer cumplir las indicaciones pre- y postoperatorias.

## PROGRAMA TEORICO

- Manejo de quirófano, equipo quirúrgico, lavado de manos, función de ayudantes, instrumental básico. Preparación de los campos.
- Anatomía quirúrgica general
- Curación de heridas. Drenajes tipos, indicaciones.
- Infección del sitio quirúrgico: clasificación, prevención, vigilancia. Manejo de la herida infectada.
- Metodología de estudio y preparación pre-quirúrgica en las distintas patologías torácicas, abdominales y vasculares periféricas, en el paciente normal y con patología asociada.
- Uso de antibióticos pre-intra y postoperatorios.
- Transfusión. Soluciones parenterales, indicaciones.
- Balance hidroelectrolítico. Prevención de los estados patológicos. Manejo de los pacientes con tratamiento médico asociado.
- Profilaxis antibiótica y antitrombótica.
- Cirugía ambulatoria, principios de selección y manejos de los pacientes.
- Diabetes y cirugía. Manejo.
- Accesos venosos centrales y periféricos por punción y canalización.
- Anestesia local
- Cirugía menor, quiste sebáceo, panadizo, lipoma, biopsia ganglionar, granuloma, hidrosadenitis, abscesos.



- Nutrición, valoración del estado nutricional de los pacientes. indicaciones y vías de alimentación.
- Postoperatorio normal y patológico.
- Sepsis abdominal postoperatoria
- Insuficiencia renal aguda. Oligurias post-operatorias. Falla multiorgánica, coma.
- Rol del cirujano, aspectos éticos y responsabilidad profesional.
- Manejo básico de la bibliografía.

## PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

### CIRUGIA MENOR

- Drenaje de abscesos superficiales
- Hemostasia y sutura de heridas traumáticas superficiales.
- Biopsias excisionales de lesiones cutáneas y/o subdérmicas
- Acceso venoso central

### TORAX

- Toracocentesis
- Avenamiento Pleural por toracotomía mínima.

### PARED ABDOMINAL

- Hernioplastia inguinal, umbilical y/o epigástrica por vía convencional.

### CAVIDAD ABDOMINAL

- Laparocentesis

### ESTOMAGO E INTESTINO DELGADO

- Yeyunostomía convencional
- Gastrostomía convencional

### COLOPROCTOLOGIA

- Drenaje de absceso perianal
- Extirpación de quiste pilonidal
- Fistulectomía - fistulotomía - colocación de sedal en fistula perianal
- Hemorroidectomía
- Apendicectomía convencional

### SISTEMA ANGIOLINFATICO

- Safenectomía y cirugía mínima en varices de miembro inferior.
- Escleroterapia



## **CIRUGIA LAPAROSCOPICA**

- Apendicectomías no complicadas.
- Ayudante en colecistectomías programadas
- Laparoscopías diagnósticas
- Actividad en simuladores y talleres.

## ● **ACTIVIDADES DEL RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO**

### **GENERALIDADES**

Como complemento de la misma tarea asignada al MR de primer año, deberá presentar aquellos casos clínicos de complejidad e interés. Esta actividad la cumplirá principalmente para el desarrollo de los Ateneos del servicio o en oportunidad de otras reuniones médicas. Tiene la obligación de conocer todos los pacientes de la sala.

Deberán realizar las indicaciones médicas de los pacientes internados, cumpliendo con las modificaciones consensuadas durante la revista de sala. Es el principal responsable de la evolución y evaluación de los pacientes internados, y deberá supervisar las tareas realizadas por los MR de primer año.

Además será responsable del control evolutivo, curación y atención de los pacientes en unidad de cuidados intensivos, ayudados por los MR superiores.

### **PROGRAMA TEORICO**

#### **PARED ABDOMINAL**

- Anatomía quirúrgica
- Recidivas herniarias. Clínica y tratamiento
- Nociones de fisiología y fisiopatología de las eventraciones. Clasificación
- Eventración aguda y crónica
- Pre y post operatorio. Neumoperitoneo progresivo de Goñi Moreno. Indicaciones y técnica
- Complicaciones. Reintervenciones
- Dermolipectomía asociada a la eventroplastía
- Grandes hernias y de localización poco frecuente.

#### **VIAS BILIARES**

- Anatomía hepatobiliopancreática y esplénica
- Litiasis vesicular simple y complicaciones asociadas. Pancreatitis agudo y crónica
- Colestasis intra y extrahepática. Diagnóstico y tratamiento
- Colecistectomía. Indicaciones. Técnica vía convencional y laparoscópica
- Manejo de la litiasis coledociana
- Nociones del manejo de la lesión de la vía biliar



## **COLOPROCTOLOGIA**

- Anatomía del colon, recto y ano. Topografía pélvica. Anatomía yeyuno-ileal
- Divertículo de Meckel
- Hemorroides tratamiento médico. Alternativas. Técnicas quirúrgicas
- Fístulas y absesos perianales

## **TRAUMA Y CUIDADO CRITICO**

- Manejo básico del traumatizado
- Quemados. Manejo inicial

## **PROGRAMA QUIRÚRGICO**

### **PARED ABDOMINAL**

- Hernias inguinales recidivadas y complicadas que ingresen por guardia
- Eventroplastias

### **CAVIDAD PERITONEAL**

- Laparotomías exploradoras y tratamiento de las peritonitis (pacientes hemodinámicamente estables)

### **HIGADO-VIAS BILIARES Y PANCREAS**

- Colectomías por litiasis simples

### **TORAX**

- Fibrobroncoscopia diagnóstica.
- Traqueostomías

### **DIGESTIVO**

- Colostomías y yeyunostomías
- Resección intestinal, entero-entero anastomosis
- Cierre de colostomías y yeyunostomías

### **GINECOLOGIA**

- Quistes de ovario simples (convencional o laparoscópica)
- Biopsias de endometrio, tacto vaginal bajo sedación
- Legrado biopsico

### **VASCULAR PERIFERICO**

- Fístulas arterio-venosas
- Primer ayudante en prótesis y reconstrucciones vasculares complejas.



## **CIRUGIA LAPAROSCOPICA**

- Colectomías por litiasis simple
- Laparoscopías diagnósticas
- Apendicectomías complicadas
- Cámara o ayudante en procedimientos avanzados.

## ● **ACTIVIDADES DEL RESIDENTE DE TERCER AÑO**

### **GENERALIDADES**

Deberá presentar y conocer completamente aquellos casos de complejidad e interés del contenido del programa, principalmente para el desarrollo de los ateneos del servicio o en oportunidad en otras reuniones médicas.

Deberán cumplir con las guardias de 24 hs asignadas por el jefe de residentes, que podrá ser modificado acorde a las necesidades asistenciales del servicio.

Participarán como cirujanos o ayudantes en todas las operaciones del servicio que correspondan al contenido del programa de capacitación y entrenamiento del tercer año. Deberá cumplir con las rotaciones que le correspondan participando en la actividad de consultorio y de quirófano activamente como colaborador directo del médico de planta. Debe conocer todos los pacientes internados del sector, tanto programados como los ingresados por guardia.

La actividad docente fundamental consistirá en la transmisión de la experiencia al médico residente de primero y de segundo año, y en la supervisión y control de sus actividades. Deberán cumplir con todas las tareas asignadas y que indique el jefe de residentes.

## **PROGRAMA TEORICO**

### **COLOPROCTOLOGIA**

- Megacolon, dilataciones funcionales y orgánicas. Diagnóstico y tratamiento. Vólvulo de colon.
- Colitis ulcerosa y colitis isquémica. Enfermedad de Crohn, localización intestinal y colorectal.
- Diverticulosis y diverticulitis colónica, diagnóstico y tratamiento médico y quirúrgico.
- Ectasias vasculares del colon.
- Lesiones neoplásicas del colon. Cáncer de colon. Diagnóstico, estadificación y tratamiento electivo y en la urgencia. Manejo post.operatorio, complica-



ciones. Nociones del tratamiento complementario, adyuvante y neoadyuvante.

- Colostomías. Tipos y técnicas. Complicaciones. Manejo postoperatorio, cierre de las mismas.
- Resecciones colónicas, colectomías segmentarias, hemicolectomías derecha e izquierda, colectomía subtotal. Op. De Hartmann y su reconstrucción.
- Cáncer de recto y ano. Diagnóstico y estadificación. Tratamiento quirúrgico, tipos de intervenciones según la localización del tumor. Resecciones anteriores y perianales. Resección local, indicaciones y técnicas.
- Nociones sobre prolapso rectal.
- Anastomosis ileocolónicas e ileorectales. Técnicas. Conocimiento de las suturas mecánicas, funcionamiento y utilización. Nociones sobre anastomosis ileoanales y coloanales. Reservorios.
- Aplicación de la videolaparoscopías en el diagnóstico diferencial de cuadros de fosa ilíaca derecha.
- Videolaparoscopia en el abdomen agudo.

## **TORAX**

- Anatomía del continente y contenido torácico.
- Patología y manejo del espacio pleural
- Neumotórax espontáneo. Diagnóstico y tratamiento.
- Derrames pleurales. Diagnóstico, punción. Empiema, diagnóstico y tratamiento.
- Conocimiento de los exámenes complementarios utilizados en patología pulmonar y mediastinal.
- Vías de abordaje torácico.
- Patología diafragmática.
- Urgencias torácicas, traumáticas y no traumáticas.

## **FLEBOLOGIA Y ANGIOLOGIA**

- Anatomía, fisiología y fisiopatología de los miembros inferiores.
- Patología venosa de los miembros inferiores. TVP. Síndrome post-trombótico.
- Safenectomía, otras técnicas quirúrgicas.
- Patología linfática, diagnóstico y tratamiento.
- Trauma vascular. Diagnóstico. Manejo y tratamiento.
- Accesos vasculares para hemodiálisis.

## **VIAS BILIARES**



- Litiasis de la vía biliar principal. Diagnóstico, indicaciones del tratamiento endoscópico. Tratamiento quirúrgico.
- Nociones sobre la dilatación diverticular de la vía biliar.
- Tumores de la vía biliar intra y extra-hepática. Diagnóstico y nociones sobre tratamiento.
- Lesiones de la vía biliar. Diagnóstico. Complicaciones generales de la cirugía biliar, manejo de las fistulas.
- Derivaciones biliodigestivas.
- Litiasis residual, diagnóstico y modalidades de tratamiento.
- Aplicación de la videolaparoscopia en la patología biliar simple.
- Colecistitis aguda, diagnóstico, tratamiento quirúrgico, alternativas invasivas.
- Manejo de los pacientes de alto riesgo.
- Patología pancreática, neoplasias exocrinas y endocrinas. Diagnóstico, modalidades terapéuticas quirúrgicas e invasivas no quirúrgicas. Nociones sobre tratamiento derivativo endoscópico.
- Técnica de la duodenopancreatectomía cefálica. Tipos indicaciones y resultados y complicaciones. Pancreatectomía corporocaudal, esplenopancreatectomía
- Complicaciones de la pancreatitis aguda y crónica. Pseudoquistes diagnóstico y tratamiento.
- Diagnóstico diferencial en neoplasias hepáticas primitivas y secundarias.
- Nociones sobre resecciones hepáticas. Tipos, indicaciones, complicaciones postoperatorias.
- Esplenopatías quirúrgicas. Indicaciones, técnicas y manejos pre y postoperatorio.
- Hipertensión portal. Diagnóstico y tratamiento médico de las complicaciones.

## **GASTROENTEROLOGIA**

- Anatomía quirúrgica del esófago, estómago, duodeno, yeyuno e ileon.
- Patología intestinal, divertículos, vólvulos, oclusión postoperatoria.
- Fístulas enterocutáneas, manejo.
- Patología ulcerosa gastroduodenal. Diagnóstico. Tratamiento médico. Complicaciones. Gastrostomías indicaciones y técnicas.
- Videolaparoscopías exploratorias. Indicaciones y técnicas. Patología programada y urgencias. Adhesiolisis, biopsias, manejo básico.

## **TRAUMA**

- Manejo básico y avanzado del traumatizado, según ATLS, y la Asociación Argentina de Cirugía.

## **PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS**

### **CABEZA Y CUELLO**

- Tiroidectomía por patología benigna



- Quiste tirogloso
- Parótida por patología benigna

## **COLOPROCTOLOGIA**

- Reconstrucción del tránsito intestinal.
- Colectomías segmentarias por patología benigna (convencional)

## **TORAX**

- Toracotomías por patología benigna
- Toracoscopía en patología del espacio pleural benigna (empiema, hemotórax)
- Sellamiento pleural
- Biopsias pre-escalénicas y de ganglio cervical.
- Fibrobroncoscopía terapéutica. Broncoscopía rígida.

## **HIGADO, VIAS BILIARES Y PANCREAS**

- Colectomías por Colecistitis Aguda
- Exploración de la vía biliar, coledocotomía
- Quistectomía por hidatidosis

## **GINECOLOGÍA**

- Histerectomía abdominal y vaginal
- Miomectomías
- Quiste de ovario complejo
- Biopsia de nódulos mamarios benignos
- Extirpación de ginecomastia

## **VASCULAR PERIFERICO**

- Prótesis vasculares
- Reconstrucciones vasculares, injertos venosos.

## **CIRUGIA LAPAROSCOPICA**

- Colectomías por colecistitis
- Exploración de la vía biliar, extracción de cálculos.
- Coledocotomía y cierre primario
- Toracoscopías
- Cámara en procedimientos de avanzada

## **• ACTIVIDADES DEL RESIDENTE DE CUARTO AÑO**

## **GENERALIDADES**



Deberá presentar aquellos casos de complejidad e interés, relacionados con el contenido del programa, y principalmente los casos de patología oncológica y politraumatismos graves.

Deberá cumplir con las rotaciones que le correspondan, participando en las actividades de consultorio y de quirófano como colaborador directo del médico de planta. Debe conocer todos los pacientes internados en el servicio. Presentará en ateneo los casos de morbimortalidad.

Deberá cumplir con las guardias de 24 hs asignadas, y la cantidad dependerá de las necesidades asistenciales del servicio, designadas por el jefe de residentes. Deberá supervisar, aconsejar y dirigir el manejo del enfermo agudo, tomando participación activa con los residentes de años inferiores en la confección del plan diagnóstico, indicaciones y propuesta terapéutica. Participará como cirujano o ayudante en todas las operaciones del servicio que correspondan al contenido del programa de capacitación y entrenamiento del 4° año; deberá tener buen ánimo y predisposición para actuar como ayudante en todas las operaciones que realicen los médicos residentes de años inferiores.

## **PROGRAMA TEORICO**

### **CABEZA Y CUELLO**

- Orientar racionalmente el estudio de una tumoración anterolateral de cuello
- Evaluar, diagnosticar, tratar y administrar los controles y el seguimiento clínico de pacientes con: patología de la glándula tiroides, glándulas salivares, cáncer cutáneo no melanoma, melanoma cutáneo extra-ocular.
- Conocer la metodología de estudio y estadificación de enfermos con diagnóstico de cáncer.

### **CIRUGIA VASCULAR PERIFERICO**

- Anatomía general de la disposición vascular en cuello, tronco y extremidades.
- Nociones de patología carotídea.
- Patología arterial de miembros inferiores y superiores. Situación de urgencia y programadas
- Patología aortica. Patología obstructiva. Aneurismas. Diagnóstico y modalidades terapéuticas.
- Trombosis mesentérica.

### **GASTROENTEROLOGIA**

- Esofagopatías benignas. Hernia hiatal. Esofagitis por reflujo. Acalasia. Traumatismos.
- Tipos y técnicas de funduplicaturas.
- Cáncer de esófago. Diagnóstico, estadificación y tratamiento. Indicación de cirugía. Técnica quirúrgica.

- Úlcera duodenal. Complicaciones.
- Cáncer gástrico. Diagnóstico, estadificación y tratamiento. Técnica quirúrgica.
- Gastroenteroanastomosis. Píloroplastias.



## **TORAX**

- Tumores de Pulmón y de mediastino
- Cáncer de pulmón. Diagnóstico, estadificación y tratamiento. Indicaciones de resección pulmonar.
- Lobectomías, neumonectomías. Indicaciones técnicas y complicaciones.
- Metástasis pulmonares.
- Hidatidosis pulmonar. Tratamiento quirúrgico.

## **PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS**

### **CABEZA Y CUELLO**

- Tiroidectomía por cáncer
- Vaciamiento radical de cuello
- Resección y plástica traqueal
- Fístula traqueoesofágica

### **TORAX**

- Toracoscopía estadificadora
- Resecciones pulmonares. VATS. Lobectomías. Neumonectomía
- Plástica de pared torácica.
- Corrección de pectus excavatum. Técnica de Nuss.

### **HIGADO, VIAS BILIARES Y PANCREAS**

- Derivaciones biliodigestivas
- Resecciones hepáticas (hepatectomías, metastasectomía,...)
- Colectomía por cáncer.

### **DIGESTIVO**

- Esofagostomía cervical.
- Esofagectomía
- Gastrectomía total o subtotal

### **COLOPROCTOLOGIA**

- Colectomías por cáncer
- Sigmoidectomía convencional o laparoscópica
- Resección abdominoperineal

### **GINECOLOGIA**

PROGRAMA DE FORMACION DE POSTGRADO EN CIRUGIA GENERAL  
 RESIDENCIA DE CIRUGIA GENERAL  
 HOSPITAL ESCUELA "JOSE F DE SAN MARTIN" - FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNNE

- Anexohisterectomía por cáncer de cérvix, endometrio, ovario.
- Mastectomía radical modificada

#### **PERCUTANEA**

- Punciones guiadas por ecografía o por tomografía
- Drenaje de colecciones y/o abscesos
- Drenaje biliar interno-externo
- Colectostomías
- Colocación de stents biliares.

#### **CIRUGIA LAPAROSCOPICA**

- Mediastinoscopias
- Hernioplastías
- Resecciones pulmonares
- Gastrectomías
- Sigmoidectomías, hemicolectomías

#### **ACTIVIDAD QUIRURGICA DEL JEFE DE RESIDENTES.**

El Jefe de residentes llevara a cabo las cirugías de patologías poco frecuentes y de mayor complejidad.

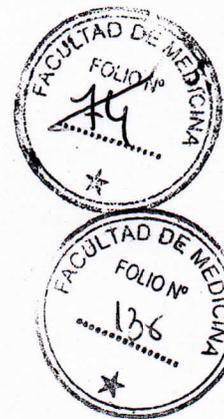
#### **CIRUGIA CONVENCIONAL:**

- Duodeno Pancreatectomia cefálica.
- Neumonectomias.
- Hepatectomias
- Pancreatectomia corporo-caudal
- Cisto-gastro y cisto-yeyunoanastomosis por Pseudoquiste pancreático.
- Bocio gigante y endotorácico.

#### **CIRUGIAS LAPAROSCOPICAS:**

- Gastrectomía total y subtotal por cáncer.
- Manga Gástrica
- By Pass Gástrico
- Hernioplastia Lumbar
- Hemicolectomias.

### **9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA RESIDENCIA DE CIRUGIA**





| HORA        | LUNES                          | MARTES                                    | MIERCO-<br>LES                 | JUEVES                                    | VIERNES                        | SABADO             | DOMINGO      |
|-------------|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|--------------------|--------------|
| 7.00 - 8.00 | Pase de Sala                   | Pase de Sala                              | Pase de Sala                   | Pase de Sala                              | Pase de Sala                   |                    |              |
| 8.00 - 9.00 | Quirófano Cirugías programadas | Pase de Sala General con Jefe de servicio | Quirófano Cirugías programadas | Pase de Sala General con jefe de servicio | Quirófano Cirugías programadas | Pase de sala       | Pase de sala |
| 9.00 -10.00 |                                | Ateneo General                            |                                | Ateneo Morbimortalidad                    |                                | Clase Teóricas     | Guardia      |
| 10.00-11.00 |                                |   |                                | Comité de Tumores multidisciplinario      |                                | Correción carpetas |              |
| 11.00-12.00 |                                | Consult R3                                |                                | Consult R4                                |                                |                    |              |
| 12.00-14.00 | Consult. R1 - R2               | Consult. R1 - R2                          | Consult. R1 - R2               | Consult. R1 - R2                          | Consult. R1 - R2               | Almuerzo           | Almuerzo     |
| 14.00-14.30 | Almuerzo                       | Almuerzo                                  | Almuerzo                       | Almuerzo                                  | Almuerzo                       | Guardia            |              |
| 14.30-16.30 | Pase de Sala                   | Pase de Sala                              | Pase de Sala                   | Pase de Sala                              | Pase de Sala                   |                    |              |
| 16.30-17.00 | Clase Teórica                  |   | Clase Teórica                  |   | Clase Teórica                  |                    |              |
| 17.00       | Guardia                        | Guardia                                   | Guardia                        | Guardia                                   | Guardia                        |                    |              |

**CARGA HORARIA**

A. Esquema actual de guardias mensuales por residente: (un R1, 3 R2, 3R3, 2R4)

Primer Año: 10. Segundo Año: 9. Tercer Año: 6. Cuarto año: 5

B. Carga horaria semanal: (Incluye guardias. Primer año: 85.5 hs. Segundo año: 79 hs. Tercer año: 68 hs. Cuarto año: 68 hs.

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

C. Los MR tendrán una licencia anual de 21 días corridos en verano y 7 días corridos en el mes de julio (invierno).



|                    | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| entrada            | 6:30 a.m  | 7:00 a.m  | 7:00 a.m  | 7:00 a.m  |
| salida             | 17:00 a.m | 17:00 a.m | 17:00 a.m | 17:00 am  |
| horas semanales    | 85        | 79        | 78        | 78        |
| horas mensuales    | 340       | 316       | 312       | 312       |
| horas anuales      | 3762      | 3476      | 3432      | 3432      |
| guardias semanales | 2-3       | 1-2       | 1-2       | 1         |
| guardias mensuales | 9-10      | 8-9       | 5-6       | 4-5       |
| vacaciones         | 28        | 28        | 28        | 28        |

## 10. BLOQUES TRANSVERSALES: BASES CURRICULARES CONCEPTUALES: UNIDADES TEMÁTICAS

### BLOQUE 1: EL PROFESIONAL COMO SUJETO ACTIVO EN EL SISTEMA DE SALUD

- Análisis de situación de salud. Dimensión social: complejidad y estructura preexistente. Dimensión política: Perspectivas nacional, jurisdiccional y local en el abordaje de los problemas de salud de la población. Determinantes y condicionantes de salud en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Epidemiología. La distribución del poder en las intervenciones en salud. Dimensión epistemológica: concepciones y paradigmas relacionados a la salud.
- El sistema de salud. Lógicas institucionales y organizacionales del sistema. Su dinamismo. El enfoque de calidad en la atención. El rol del profesional como agente en la transformación y aplicación de las políticas sanitarias.
- El profesional como gestor: el ciclo de la gestión. Recursos, tiempo y oportunidad en la atención de calidad. Utilización de manuales de procedimientos, protocolos y guías. Responsabilidad institucional en el ejercicio de la profesión.
- El profesional integrado al equipo para un mejor abordaje desde una perspectiva poblacional y sanitaria. El rol del equipo de salud en la construcción de la equidad y del acceso universal a la atención. La responsabilidad y la acción profesional en la generación y participación en redes de servicios, redes de atención y de cuidado.
- Encuadre de la práctica profesional en el marco de derechos y de la bioética. Responsabilidad pública del ejercicio de la profesión.
- Convenciones internacionales y nacionales. Marco normativo vigente, nacional y jurisdiccional relacionado con la salud. Actores y Organismos Nacionales e Internacionales.

### BLOQUE 2: LOS SUJETOS DE DERECHO EN EL SISTEMAS DE SALUD

- Sujetos de derecho: pacientes, familias y profesionales. Organización y participación de los actores en salud. Herramientas en participación comunitaria. Análisis, priorización y toma de decisiones.



- Marco normativo vigente, nacional y jurisdiccional sobre ejercicio profesional, derechos del paciente y del encuadre laboral.
- El paciente y su familia como sujetos de derecho y con autonomía para la toma de decisiones en los procesos de atención-cuidado.
- Comunicación. Comunicación institucional y con los pacientes como constitutiva de las buenas prácticas en salud. La comunicación como vínculo para las actividades de prevención, tratamiento de enfermedades y promoción de salud. Comunicación de noticias difíciles
- El trabajo con otros en sus múltiples dimensiones: interdisciplinariedad, interculturalidad, diversidad de miradas y prácticas. La complementariedad de saberes para la mejora de la atención y la resolución de conflictos.
- Aplicación y control de las normas de bioseguridad en el ejercicio cotidiano. Condiciones y medio ambiente de trabajo. Dimensiones del cuidado del ambiente para la salud del paciente, del profesional y del equipo.
- El profesional en el mercado de trabajo. Responsabilidades civiles y penales del ejercicio profesional.

### **BLOQUE 3: EL PROFESIONAL COMO PARTICIPANTE ACTIVO EN LA EDUCACIÓN PERMANENTE Y LA PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTOS**

- El trabajo como fuente de aprendizaje y conocimiento: Educación Permanente en Servicio. La institución sanitaria y los equipos de salud en la construcción de procesos de educación permanente en salud.
- La investigación como fuente de aprendizaje y conocimiento. Lógicas de investigación científica y sistematización de prácticas. Investigación clínica e investigación básica. Diferentes enfoques (Medicina Basada en la Evidencia, Investigación en Sistemas y Servicios de Salud, Investigación Sanitaria Colectiva, etc.).
- El profesional como parte responsable en la construcción de información epidemiológica y de gestión de procesos salud-enfermedad-atención. Sistemas y registros de información sanitaria y epidemiológica.
- Búsqueda y análisis de información científico-tecnológica. Redes y centros de información y documentación.
- Lectura comprensiva de artículos especializados en idioma extranjero. Utilización del servicio de buscadores y de traductores virtuales.
- Organización de comunicaciones científicas y presentación de datos y experiencias.

### **BLOQUE 4: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN:**

- Estímulo a la investigación clínica.
- Estadística. Estadística descriptiva. Estadística inferencial. Variable: continua, discreta. Frecuencia: absoluta, relativa. El dato. Presentación de los datos. Tipos de presentaciones. Medidas: de tendencias central y de dispersión.

### **CUIDADO DEL PACIENTE Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Se esperan que los residentes:

Adquieran capacidad en el manejo de pacientes desarrollando actividades de promoción y prevención de la salud hacia la comunidad. Esto incluye realizar controles clínicos e indicar pruebas de detección precoz, con óptima capacidad de dinamizar la comunidad en estrategias de salud colectiva y de desarrollo en general.

Sepan brindar cuidado a pacientes en áreas especializadas de la cirugía general.



Efectúen en forma competente todos los procedimientos médicos, mini-invasivos e invasivos considerados esenciales en el área de práctica quirúrgica. Sean proveer servicios de salud dirigidos a la prevención, promoción y mantenimiento de la misma.

Trabajen con profesionales de la atención de la salud incluyendo aquellos de otras disciplinas para proveer al paciente atención focalizada, y realicen planificación de estrategias diagnósticas y/o terapéuticas en respuestas a interconsultas de otros servicios en pacientes internados o ambulatorios.

Manejo de los pacientes de emergencia y urgencias que se asisten por Guardia Externa del Hospital, y de centros de baja complejidad (CAPS, / Hospitales del interior)

Manejo Longitudinal de pacientes crónicos ambulatorios y/o pacientes en atención domiciliaria.

Profundizar la atención de los pacientes, basada en el estudio y análisis clínico para la toma de decisiones de los casos difíciles.

Participan de los programas institucionales de seguridad del paciente integrando equipos de control de infecciones, fármaco vigilancia, registros de eventos adversos y análisis de causa raíz, y en actividades comunitarias de seguridad del paciente, para la promoción de la seguridad de los pacientes en la población. Sepa identificar el error en la cultura de seguridad del paciente, como la oportunidad de aprendizaje personal e institucional.

#### **CONOCIMIENTO MEDICO**

Se espera que los residentes:

Manejen y demuestren un pensamiento analítico e inquisitivo en el abordaje de situaciones clínico-quirúrgicas.

Conozcan y apliquen las ciencias básicas que son apropiadas en su disciplina.

Aprendan a aplicar el método científico en su práctica cotidiana realizando trabajos de observación o investigación.

Desarrollen el aprendizaje para desarrollar aptitudes docente de los residentes en la especialidad y en la docencia universitaria

#### **APRENDIZAJE BASADO EN LA PRÁCTICA Y PERFECCIONAMIENTO**

Se espera que los residentes:

Aprendan a analizar la experiencia de la práctica y realizar actividades tendientes al perfeccionamiento utilizando una metodología sistemática, en el área de atención primaria de la salud.

Participen en la promoción y prevención de la de la salud individual, de la familia y de la comunidad.

Sean obtener y utilizar información acerca de su propia población de pacientes y utilizar herramientas epidemiológicas básicas para gestionar y asistir a la comunidad.

Adquieran entrenamiento en el manejo de patologías prevalentes regionales.

Identifiquen los problemas u obstáculos que impiden el acceso a la salud, o determinan un deficit asistencial, proponiendo mejoras para ello. Generen información de calidad para favorecer la toma de decisiones basadas en la realidad del ámbito en el que se desempeñan.

Aprendan a juzgar y asimilar evidencia de estudios científicos relacionados con los problemas de salud de sus pacientes.

Apliquen el conocimiento de diseños de estudios y métodos estadísticos a la evaluación de estudios clínicos y a otras informaciones sobre diagnóstico y efectividad terapéutica

Faciliten el aprendizaje de estudiantes y otros profesionales de la salud.



## **HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERPERSONALES**

Se espera que los residentes:

Trabajen eficazmente con otros, como miembro o líder de un equipo de atención de salud o de otros grupos profesionales, intercambiando opiniones o juicios orientados a arribar a consensos y adoptar decisiones compartidas.

Desarrollen la actitud de liderazgo en el grupo y la capacidad de transmisión de la información a los demás residentes.

Desarrollen actividades de comunicación grupal dentro de la comunidad.

Elaboren informes a otros colegas o autoridades pertinentes.

Establezcan formas de comunicar adecuadas al paciente o a familiares en situaciones difíciles: comunicaciones de malas noticias, situaciones del final de vida, pacientes o familiares violentos, pedidos de autopsias, etc.

Identifiquen claramente el rol que le compete a cada integrante del equipo de salud en relación a cada paciente.

## **PROFESIONALISMO**

Se espera que los residentes:

Demuestren respeto, compasión e integridad: respondan a las necesidades de los pacientes y de la sociedad superando el propio interés; responsabilidad hacia los pacientes, la sociedad y la profesión; y un compromiso con la excelencia y el continuo desarrollo profesional.

Actúen éticamente, conozcan los derechos de los pacientes. Conozcan las funciones del comité de bioética en la investigación.

Demuestren un compromiso a los principios éticos pertinentes a la provisión o mantenimiento de la atención médica, confidencialidad de la información del paciente, consentimiento informado y prácticas comerciales.

Demuestren sensibilidad y capacidad de respuesta a la cultura, edad, género y discapacidades del paciente.

Actúen dentro del marco legal que regula el ejercicio profesional conociendo la ley vigente y los derechos del paciente.

## **PRACTICA BASADA EN SISTEMAS**

Se espera que los residentes:

Conozcan el funcionamiento administrativo de un centro de atención primaria y su integración al sistema de salud, como su integración y prestaciones a la comunidad. Conozcan la organización sanitaria nacional y del ámbito local.

Aprendan a practicar la atención médica teniendo en cuenta la relación costo-efectividad y la distribución de recursos de tal manera que no comprometa la calidad de la misma.

Utilicen en forma racional los medios terapéuticos y diagnósticos evaluando la utilidad de la incorporación de nuevas tecnologías.

Participen en la elaboración y en la aplicación de protocolos y guías de práctica médicas

## **DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**

Se esperan que los residentes:

Supervisen la actividad de los profesionales en formación y evalúen los aprendizajes de los mismos.

Participen activamente en las actividades de enseñanza- aprendizaje como forma de sistematizar el aprendizaje.



Identifiquen las necesidades de formación y actualización, jerarquizando el aprendizaje en servicio.

Elaboren protocolos de investigación (al menos un protocolo), con la implementación del mismo.

Participen y presenten trabajos científicos en jornadas, o congresos nacionales o internacionales, con carácter de autor, y/o publiquen en revistas científicas indexadas.

Desarrollen actividad de docencia universitaria de grado.

## ESTRATEGIAS

Atención de pacientes en consultorios externos y en sala de urgencias.

Rotaciones internas por áreas de importancia relevante en la formación del médico cirujano.

Rotación por el Servicio de Emergencia del Hospital

Guía, ayuda y orientación a los residentes de, en los exámenes clínicos de sus pacientes, tareas asistenciales, práctica de procedimientos diagnósticos y terapéuticos quirúrgicos y en la tarea académica y científica.

Control de Epicrisis de los residentes de segundo año, y acompañamiento en consultorios externos como supervisor.

Inicio de participación en docencia universitaria.

Participación en trabajos científicos, desarrollando un protocolo de investigación.

Reunión de protocolos de investigación

Discusión de ateneos.

Rotación por un centro de mayor complejidad Nacional o Extranjero

Participación activa de ateneos de morbilidad y oncológico.

## 11. Número Mínimo de Prácticas por año:

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, debiendo haber cumplido al final de su formación con el siguiente número de procedimientos quirúrgicos: **(estándares recomendados de la Asociación Argentina de Cirugía)**

- 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)
- Cirugías de paredes abdominales: 30 casos
- Cirugías del tubo digestivo: 30 casos (de ellos 10 colectomías y 3 cirugías de intestino delgado)
- Apendicectomía: 20 casos
- Cirugías de tórax: 15 casos (3 mediastinoscopias)
- Procedimientos laparoscópicos: 30 casos
- Procedimientos percutáneos: 5 casos
- Procedimientos endoscópicos: 5 casos

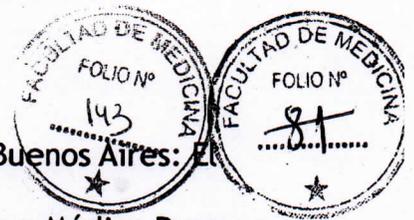
## 12. BIBLIOGRAFIA

Ferraina P, Oría A. "Cirugía de Michans". 6ta Edición. Buenos Aires: El Ateneo; 2006.

Defelitto J, Cariello A et al. "Cirugía", bases clínicas y terapéuticas" E-book.

Disponible en: [www.sedici.unlp.edu.ar](http://www.sedici.unlp.edu.ar). (Fecha de última modificación Dic 2013).

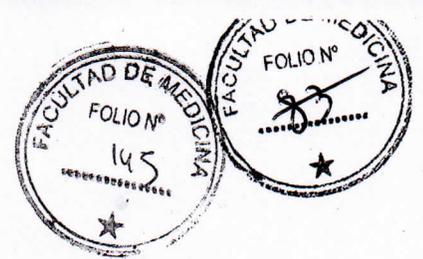
Gori, J. "Ginecología de Gori", 2da Edición. Ed. Ateneo; 2005 Reimpresión.



- Schwarcz R, Duverges C., Día A, Frecsina R. "Obstetricia". 5ª Edición. Buenos Aires: El Ateneo. Buenos Aires.
- Baker RJ, Fischer JE. El dominio de la cirugía. 2v. 4ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2004.
- RJ, Fischer JE. El dominio de la cirugía. 2v. 4ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2004.
- Brunicardi C, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Pollock RE. Schwartz. Principios de cirugía. 2v. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana; 2006.
- Doherty GM. Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos. 9ª ed. México: El Manual Moderno; 2007. Dunn GP. Cuidado paliativo quirúrgico. Barcelona: Elsevier-Masson; 2006. (Clínicas Quirúrgicas De Norteamérica 2005. No 2).
- Farquharson M, Morán B. Técnicas quirúrgicas en cirugía general. México: El Manual Moderno; 2007.
- García RJA, Prieto PJ, Barberán LJ, Guirao GX. Aplicaciones clínicas de los antimicrobianos en cirugía. Madrid: Ars Médica; 2007.
- Gutiérrez SC, Arrubarena AVM, Campos CSF, Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo. 3ª ed. México: El Manual Moderno; 2006.
- Guzmán MF, Carrizosa E, Vergara E, Jiménez CE. Líquidos y electrolitos en cirugía. Bogotá: Médica Panamericana; 2004.
- Henry MM, Thompson JN. Cirugía clínica. Barcelona: Elsevier-Masson; 2005.
- Heredia, Carrasco, Chousleb. Cirugía endoscópica. Intersistemas; 2002.
- Joshi GP. Conceptos actuales en el tratamiento del dolor posoperatorio. Barcelona: Elsevier-Masson; 2006. (Clínicas Anestesiológicas de Norteamérica 2005, No 1).
- Kogon BE. Información esencial en cirugía general. México: McGraw-Hill, 2007.
- Landreneau RJ. Cirugía esofágica. Barcelona: Elsevier-Masson; 2006. (Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica 2005, No 3).
- Lefor AT, Gomella LG, Wiebke EA, et al. Cirugía on call. 4ª ed. México: McGraw-Hill; 2006. López-Jiménez F, Obrador VGT. Manual de medicina basada en la evidencia. 2ª ed. México: El Manual Moderno; 2005.
- Martin RF. Cirugía gástrica. Barcelona: Elsevier-Masson; 2006. (Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica 2005; No 5).
- Meakins JL, Muir Gray JA. Cirugía basada en la evidencia. Barcelona: Elsevier-Masson; 2007. (Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica 2006, No 1).
- Moore EE, Mattox KL, Feliciano DV. Manual del trauma. México: McGraw-Hill Interamericana; 2004.
- Moore KL, Persaud TV. Embriología clínica. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2004.
- Napolitano LM. Aspectos perioperatorios para cirujanos: mejorar la seguridad del paciente y los resultados. Barcelona: Elsevier-Masson; 2006. (Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica 2005, No 6:).
- Navarrete P, Sánchez-Izquierdo JA, Canabal A. Manual de soporte vital avanzado en trauma. 2ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2007.
- Parrilla PP, Jaurrieta MEJ, Moreno AM. Cirugía AEC. Manual de la Asociación Española de Cirujanos. Madrid: Médica Panamericana; 2004.
- Patel NA, Bergamaschi R. Cirugía laparoscópica: más allá de la simple posibilidad. Barcelona: Elsevier-Masson; 2006. (Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica 2005, No 1).
- Perera SG, García HA. Cirugía de urgencia. 2ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006. Quintero GA, Nieto JA, Lerma CH. Infección en cirugía. Bogotá: Médica Panamericana; 2001. Sadler BW. Langman: embriología médica con orientación clínica. 10ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2007.



- San Román JE, Neira J, Tisminetzky G. Trauma. Prioridades. Buenos Aires: Médica Panamericana/Sociedad Argentina de Medicina y Cirugía del Trauma (SAMCT); 2002.
- Sellke F, Swanson S, Del Nido PJ. Sabiston & Spencer surgery of the chest. 2v. 7 ed. Philadelphia: Saunders; 2005.
- Skandalakis JE, Skandalakis PN, Skandalakis LJ. Anatomía y técnica quirúrgicas. 2a ed. McGraw-Hill Interamericana; 2003.
- Targarona EM, Trías M. Terapéutica mínimamente invasiva y nuevas tecnologías en cirugía general y digestiva. Barcelona: Elsevier-Masson; 2003.
- Townsend C, Mattox K, Evers BM, Beauchamp RD. Tratado de cirugía de Sabiston. Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. 2v. 17a ed. Barcelona: Elsevier; 2005.
- Troidl H, McKneally MF, Mulder DS, Wechsler AS, McPeck B, Spitzer WO, editors. Surgical research. Basic principles and clinical practice. 3 ed. Springer; 2000.11.
- Zinner MJ, Schwartz SI, Ellis H. Maingot. Operaciones abdominales . 2t. 10a ed Buenos Aires: Médica Panamericana; 1998.
- Zucker KA. Cirugía laparoscópica. 2a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2003.
- Zuidema GD, Yeo ChJ. Cirugía del aparato digestivo. 5t. 5a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2005.
- American Board of Internal Medicine (ABIM). Philadelphia (PA). Advancing medical professionalism to improve health care. <<http://www.abimfoundation.org/>>
- American Board of Internal Medicine (ABIM). Philadelphia (PA). Advancing medical professionalism to improve health care. General material on professionalism. <<http://www.abimfoundation.org/Resource-Center/Bibliography/General-Materials-on-Professionalism.aspx>>
- Breen KJ, Corder SM, Thomson CJH, Plueckhahn VD. Good medical practice: professionalism, ethics and law. New York: Cambridge University Press; 2010.
- Bub B. Communication skills that heal: a practical approach to a new professionalism in medicine . Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.
- Cassidy B, Blessing JD. Ethics and professionalism: a guide for the physician assistant. Philadelphia: FA Davis; 2007.
- Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y, editors. Teaching medical professionalism. New York: Cambridge University Press; 2008.
- Innui TS. A flag in the wind: educating for professionalism in medicine . Washington: Association of American Medical Colleges; 2003.
- Kasar J, Clark EN. Developing professional behaviors. Thorofare (NJ): Slack Incorporated; 2000.
- Kenny NP, Shelton WN, editors. Lost virtue: professional character development in medical education. San Diego (CA): Elsevier; 2006. (Advances in Bioethics. Volume 10).
- Parsi K. Healing as vocation: a medical professionalism primer. Lanham (Maryland): Rowman & Littlefield Publishers; 2006. (Practicing Bioethics).
- Rothman DJ, Blumenthal D, editors. Medical professionalism in the new information age. Piscataway (New Jersey): Rutgers University Press; 2010. (Critical Issues in Health and Medicine).
- Royal College of Physicians of London. Doctors in society: medical professionalism in a changing world. London; 2005.
- Spandorfer J, Pohl CA, Rattner SL, Nasca TJ, editors. Professionalism in medicine: a case-based guide for medical students. New York: Cambridge University Press; 2009.
- Stern DT, editor. Measuring medical professionalism. New York: Oxford University Press; 2005.
- Thwistlethwaite J, Spencer J, Sean, Hilton S. Professionalism in medicine . Abingdon (Oxon. United Kingdom): Radcliffe Medical Publisher; 2008.
- Wear D, Aultman JM, editors. Professionalism in medicine. Critical perspectives. New York:Springer; 2006.



Wear D, Cohen JJ, Bickel J, editors.

humanism in medical education.

PUBLICACIONES PERIÓDICAS American Journal of Surgery.

Annals of Surgery.

Archives of Surgery.

British Journal of Surgery.

Revista Argentina de Cirugía.

Current Problems in Surgery. Journal of American College of Surgeons.

Surgical Clinics of North America. Surgery.

The Journal of Trauma. World Journal of Surgery.

DIRECCIONES EN INTERNET: Biblioteca Médica Nacional Digital de la Facultad de Medicina.

### 13. RECURSOS

#### **Infraestructura:**

Servicio de Cirugía del Hospital Escuela "General José Francisco de San Martín"

Consultorios de Cirugía General, Sala de Internación General, Quirófanos y Servicio de Emergencias del Hospital Escuela "General José Francisco de San Martín"

Auditorio y Laboratorio del Centro de Entrenamiento en Cirugía Laparoscópica, CENCIL de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste

Aulas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste

#### **Equipamiento:**

Quirófanos: Seis quirófanos con equipamiento completo para anestesia general, y regional. Intensificador de Imágenes. Equipos de laparoscopia. Ecógrafo portátil.

Sala de diagnóstico por imágenes, disponibilidad de equipo de rayos X, tomógrafo axial, ecógrafos, ecodoppler bidimensional.

Endoscopios: fibrobroncoscopios rígido y flexible. Mediastinoscopio. Endoscopia digestiva.

Disponibilidad de Laboratorio de urgencia y programado. Anatomía patológica.

Acceso a la Unidad de Cuidados Intensivos y al Servicio de Emergencias del Hospital Escuela

Equipos y recursos didácticos a utilizar: Computadoras con acceso a wi-fi, Multimedia, Proyector, Pantallas, Pizarras, Equipos de Audio y Video. Aula Virtual.

Acceso a bibliotecas y centros de documentación: Biblioteca de la Facultad de Medicina, Biblioteca y videoteca del Centro de Entrenamiento de Cirugía Laparoscópica, Biblioteca del Servicio de Cirugía del Hospital Escuela "General José Francisco de San Martín".

Informatización: Acceso a equipamiento informático y redes de información y comunicación del Departamento de informática y Biblioteca virtual de la Facultad de Medicina de la UNNE.

### 14. EVALUACIONES

La evaluación se realizará una vez por año y estará a cargo de médicos de planta del servicio de cirugía general, el jefe de residentes, el instructor de la residencia y el jefe del servicio de cirugía.

Se evaluará el desempeño de los residentes mediante dos exámenes escritos, siguiendo las pautas del Departamento de Docencia e Investigación que se realizarán en forma se-



mestral y anual. Los mismos deberán ser aprobados para poder continuar con la correlatividad del programa de residencias.

Los médicos residentes serán evaluados además sobre sus aptitudes, actitudes, conocimientos y habilidades técnicas con el siguiente instrumento de diseño actitudinal.

**Instrumento de evaluación actitudinal del Servicio de Cirugía del Hospital Escuela Gral. J. F. San Martín:**

**PLANILLA DE EVALUACIÓN DE LA RESIDENCIA DE CIRUGIA**

Nombre:.....

Residente 1o-2o-3o-4o año-Jefe de residentes (marcar lo que corresponda)

**Escala de valoración: muy bueno: 4 - bueno: 3 Regular: 2 Malo: 1**

Aspectos normativos formales (puntaje:\_\_\_\_\_)

Asistencia perfecta o frecuentemente incurre en inasistencias injustificadas

Presentación adecuada o predomina el desaliño

Observaciones .....

.....

Desempeño de sus tareas asistenciales (Puntaje\_\_\_\_\_)

Se tendrá en cuenta la capacidad, ritmo de trabajo y orden laboral, para realizar sus

tareas con eficiencia. En este ítem deberá incluirse una evaluación sobre la creatividad

para incluir elementos originales y positivos en su trabajo.

Observaciones .....

.....

Habilidad quirúrgica (Puntaje\_\_\_\_\_)

Presenta una habilidad por encima de los estándares normales.

Habilidad que le permite cumplir satisfactoriamente su quehacer quirúrgico. Dificultades

de manualidad que obligan al cirujano que asiste la cirugía a actuar activamente.

Observaciones .....

.....

.....

Juicio clínico (Puntaje\_\_\_\_\_)

Recolecta correctamente la información y elabora a partir de ella un diagnóstico

presuntivo siguiendo un razonamiento adecuado.

Demuestra fallas en la recolección de los datos, pero el razonamiento que hace a partir

de los mismos es correcto.

Recolecta correctamente la información, pero la elaboración de la misma es

inadecuada.

Observaciones .....

.....

Relación con sus compañeros (Puntaje:\_\_\_\_\_)

Marcada preferencia por tareas individuales

Acepta frente a requerimientos a trabajar en equipo. Marcada preferencia por tareas

grupales.

Observaciones .....

.....

Relación con pacientes y personal subalterno (Puntaje\_\_\_\_\_)

Nunca ha tenido problemas.



Esprádicamente tiene problemas.

Permanentemente tiene problemas o genera situaciones conflictivas.

Observaciones .....

Relación con la autoridad (Puntaje\_\_\_\_\_)

Acepta críticas e intenta modificar su conducta Tiene dificultad en recibir críticas

Las críticas le resultan totalmente indiferentes. Predomina una actitud entusiasta y estimulante Por lo general colabora con buena voluntad Predomina cierta actitud indiferente

Observaciones .....

Actividad científica- Académica (Puntaje\_\_\_\_\_)

Completó al menos un trabajo de investigación

Demostró capacidad, creatividad e iniciativa en la realización de trabajos. Cumplió su trabajo de acuerdo a instrucciones recibidas.

No demostró interés en realizar trabajos de investigación.

Observaciones .....

Examen anual teórico (Puntaje\_\_\_\_\_)

Debe incluir un 80% de preguntas referentes a clínica quirúrgica y 20 % de técnica quirúrgica.

(\_\_\_\_\_Puntaje final)

(Corresponde al promedio de todos los puntajes parciales).

Devolución: Comentarios y críticas del residente sobre la evaluación, desarrollo de la residencia y actitud docente de los médicos de planta.

.....



## ANEXO 1

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

### Indice:

- 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 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

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 anatómo- clínicos: si bien las circunstancias fácticas han impuesto una limitación a la reunión anatómo-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.