



Universidad Nacional del Nordeste
Facultad de Medicina

**RESOLUCIÓN N° 2484/11-C.D.-
CORRIENTES, 30 de agosto de 2011.-**

VISTO:

El Expte. N° 10-2010-02997, por el cual se tramita la actualización de los Programas de Residencias que se llevan a cabo en el Hospital Escuela "Gral. José Francisco de San Martín" de esta Ciudad; y

CONSIDERANDO:

Que los Programas actualizados corresponden a las Residencias de: Medicina Familiar, Neurocirugía, Clínica Médica, Cardiología, Cirugía General, Anatomía Patológica, Terapia Intensiva y Ortopedia y Traumatología;

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 las mismas cuentan con el V°B° de la Sub Secretaría de Post Grado de esta Casa;

Que las actuaciones fueron analizadas por el Consejo Directivo en su sesión del día 25-08-11, las trató sobre tablas y resolvió aprobar sin objeciones;

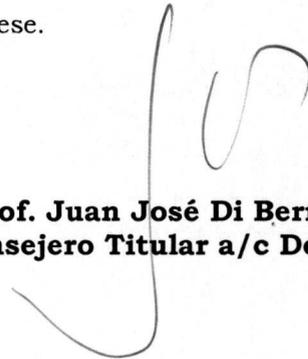
**EL H. CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
EN SU SESIÓN DEL DÍA 25-08-11
RESUELVE:**

ARTÍCULO 1°.- Aprobar los nuevos Programas de las Residencias que se llevan a cabo en el Hospital Escuela "Gral. José Francisco de San Martín" de esta Ciudad, que a continuación se mencionan y que corren como Anexo agregados a la presente:

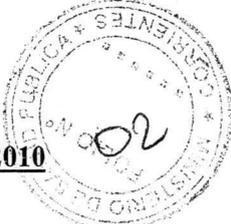
MEDICINA FAMILIAR
NEUROCIRUGÍA
CLÍNICA MÉDICA
CARDIOLOGÍA
CIRUGÍA GENERAL
ANATOMÍA PATOLÓGICA
TERAPIA INTENSIVA
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

ARTÍCULO 2°.- Regístrese, comuníquese y archívese.


Prof. Gerardo Omar Larroza
Secretario Académico


Prof. Juan José Di Bernardo
Consejero Titular a/c Decanato


mih



PROGRAMA DE RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL ESCUELA DE AL FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNNE 2010

Definición:

La Medicina Familiar es una disciplina científica y académica con su propio contenido educacional en investigación en bases de evidencia y actividad clínica y es una especialidad clínica orientada a la atención primaria.

Características de la disciplina:

- a. Es normalmente el punto del primer contacto médico con el sistema de salud independientemente de la edad, sexo u otras características de la persona que consulta.
- b. Utiliza en forma eficiente los recursos de salud a través de un cuidado, trabajando con otros profesionales en los escenarios de atención primaria y manejando las interconsultas con otras especialidades defendiendo al paciente cuando fuera necesario.
- c. Desarrolla un enfoque centrado en la persona, orientado al individuo, su familia y su comunidad.
- d. Tiene un proceso de consulta particular que establece una relación a través del tiempo basada en una efectiva comunicación entre el médico y el paciente.
- e. Es responsable de la provisión del cuidado longitudinal del paciente de acuerdo a sus necesidades.
- f. Tiene un proceso específico de toma de decisiones determinado por la prevalencia y la incidencia de enfermedad en la comunidad.
- g. Maneja simultáneamente problemas agudos y crónicos de los pacientes.
- h. Maneja enfermedades que se presentan en forma indiferenciada por ser detectadas en estadios tempranos y que pueden requerir intervenciones de urgencia.
- i. Promueve la salud y el bienestar por intervenciones apropiadas y efectivas.
- j. Tiene una responsabilidad específica sobre la salud de la comunidad.
- k. Trata con problemas de salud en sus dimensiones físicas, psicológicas, sociales, culturales y existenciales.

(Definición europea 2002- WONCA Europa)

Competencias del médico de familia:

1. Manejo de la atención primaria:
 - Manejar el contacto primario con los pacientes tratando con problemas no seleccionados.
 - Cubrir todo el rango de condiciones de salud.
 - Coordinar con otros profesionales en la atención primaria y con otros especialistas.
 - Manejar en forma efectiva y apropiada la administración de los cuidados y la utilización del sistema de salud.
 - Hacer disponible al paciente los servicios apropiados dentro del sistema de salud.
 - Actuar defendiendo al paciente
2. El cuidado centrado en la persona incluye la habilidad de:
 - Adoptar una aproximación centrada en la persona con los pacientes y el problema en el contexto de las circunstancias del paciente.
 - Desarrollar una relación médico-paciente efectiva con el respeto de la autonomía del paciente.
 - Comunicar, determinar prioridades y actuar asociadamente.
 - Proveer continuidad longitudinal del cuidado determinado por la necesidad del paciente y referente a un manejo continuo y coordinado de los cuidados.
3. Habilidades específicas a resolución de problemas que incluyen la capacidad de:
 - Relacionar en los procesos de toma de decisiones a la prevalencia y la incidencia de enfermedades en la comunidad.

- 
- Seleccionar e interpretar información del interrogatorio, examen físico y métodos complementarios y aplicarlos a un adecuado plan de cuidados en colaboración con el paciente.
 - Adoptar principios apropiados de trabajo, por Ej. exámenes complementarios incrementados usando el tiempo como una herramienta y tolerar la incertidumbre.
 - Intervenir en forma urgente cuando es necesario.
 - Manejar condiciones que puedan estar presentes en forma temprana e indiferenciada.
 - Manejar en forma efectiva y eficiente el uso de diagnósticas y terapéuticas.
4. Una aproximación comprensiva incluye la capacidad de:
- Manejar en forma simultánea múltiples padecimientos y patologías agudas y crónicas en el individuo.
 - Promover la salud y el bienestar aplicando estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en forma apropiada.
 - Manejar y coordinar la promoción de la salud, prevención, tratamiento, cuidados paliativos y rehabilitación.
5. Orientación a la comunidad incluye la capacidad de:
- Reconciliar las necesidades de salud de los pacientes individuales y de la comunidad en que viven en balance con los recursos disponibles.
6. El enfoque holístico incluye la capacidad de:
- Usar un modelo biopsicosocial que tenga en cuenta dimensiones culturales y existenciales

INTRODUCCIÓN

En los últimos años hemos podido asistir, en el ámbito de la Atención Primaria (AP), a dos hechos importantes: la creación de la Especialidad de Medicina Familiar y una profunda reforma de la AP. Se empezó a trabajar en equipos multidisciplinarios, con un horario más amplio, se implantó la historia clínica, comenzaron a registrarse las actividades, se recuperaron algunas habilidades (cirugía menor) y pruebas complementarias (analíticas, radiología, espirometría, ECG), se introdujo la protocolización y programación de la asistencia; también empezaron a abordarse aspectos relacionados con la prevención y promoción de la salud, se iniciaron las sesiones clínicas y la docencia a residentes de la especialidad así como se impulsó la investigación en Atención Primaria.

Por otro lado, vivimos en un país que ha experimentado cambios importantes en los últimos años. Hemos asistido a un incremento en la utilización de los servicios de AP secundario al crecimiento de la población anciana enferma, de las personas con patologías crónicas, de los cambios de la estructura familiar, de los factores ligados a los estilos de vida y al entorno o de las nuevas necesidades y expectativas originadas por los problemas que producen "infelicidad". Pero este aumento también es debido a la mayor calidad y oferta de los servicios, favorecidas éstas por el desarrollo tecnológico y su accesibilidad, con una mejor formación y mayor capacidad resolutoria de los médicos de familia (MF). Todo ello unido a un aumento de la demanda de información, con mayor capacidad de autonomía y de toma de decisiones y con la asunción de responsabilidades por parte de los usuarios. A pesar de ser una especialidad relativamente joven, se ha conseguido su consolidación e implantación generalizada. Ha habido no sólo este gran avance cuantitativo sino también otro cualitativo, con infinidad de revistas, libros, monografías, cursos, talleres, grupos de trabajo, congresos, actividades de investigación y docencia, etc., llevados a cabo por médicos de familia. Este programa revisa todos los contenidos y lo adapta a las necesidades actuales y futuras de la Medicina de Familia y la Atención Primaria. Recoge elementos novedosos e incorpora otros poco desarrollados, así como hace un análisis exhaustivo de todas las áreas docentes. El Programa realiza muchas aportaciones. Se adapta la duración del periodo de rotación a las necesidades requeridas para lograr el nivel de competencia del Médico de Familia, de una forma flexible e individualizada, basada en el perfil profesional, con establecimiento de estándares mínimos, deseables y máximos en los objetivos de aprendizaje y con evaluación de todo el proceso para garantizar su calidad. En él se da un mayor protagonismo a los tutores de los centros de salud, que deben ser

la base de la formación desde el inicio de la residencia y realizar un seguimiento del residente a lo largo de los cuatro años.

Es necesario llevar a cabo, simultáneamente a la puesta en marcha de este Programa, un programa de formación de tutores que nos permita mantener y mejorar su competencia. El Programa desarrolla cinco áreas competenciales: las esenciales (comunicación, razonamiento clínico, gestión de la atención y la bioética), las relacionadas con la atención al individuo, las que tienen relación con la atención a la familia, las relacionadas con la atención a la comunidad y las que se relacionan con la formación y la investigación.

La Atención Primaria debe ser la base del sistema, para dar una mejor atención al usuario, más accesible, más humana, más integral y más eficiente. Es fundamental la buena preparación de los futuros médicos de familia, para que sean capaces de desarrollar todo el perfil profesional que define el Programa. Este sigue siendo nuestro reto como formadores, compartido con la preocupación por las futuras condiciones de trabajo, la carrera profesional, la formación continuada, la certificación y recertificación, el apoyo a los tutores, el desarrollo de nuevas metodologías docentes, etc., que forman un todo indivisible para garantizar la calidad de la formación y de la atención a nuestra población. Este Programa tiene que seguir siendo un instrumento dinámico, que se vaya actualizando y mejorando periódicamente, para adaptarlo a las necesidades cambiantes del desarrollo científico y de nuestra sociedad.

JUSTIFICACIÓN

El éxito de la Atención Primaria depende de que la Sociedad acepte su importancia y de que los medios para su mejora formen parte esencial de la política de formación y prestación de servicios en la Atención Primaria.

Barbara Starfield

La Atención Primaria de Salud, y el Médico de Familia como parte esencial de la misma, se han ido afianzando en todo el país en las últimas décadas. Con la creación de los equipos de Atención Primaria, los especialistas en Medicina Familiar han ido introduciendo cambios importantes en el sistema sanitario: mejor atención clínica, trabajo en equipo, actividades de prevención y promoción de la salud, práctica familiar, intervención comunitaria, incorporación de la docencia, investigación, mejora de calidad y actividades comunitarias, con su correspondiente impacto sobre los objetivos de salud relativos a la efectividad, equidad, eficiencia y también sobre la satisfacción de los usuarios. En los últimos años han aparecido trabajos de ámbito nacional e internacional que muestran claramente las ventajas del Médico de Familia como puerta de entrada al sistema de salud, como profesional con alta capacidad resolutoria de problemas y como coordinador de recursos y de los flujos de pacientes dentro del mismo. En nuestro país, los médicos de familia, dada su pluripotencialidad, se han convertido en una figura codiciada también en el área de las urgencias hospitalarias, en los servicios de emergencias extrahospitalarios y por parte de otras entidades públicas y privadas. En cualquiera de los ámbitos se exige al Médico de Familia, cada día más, un mayor nivel de competencia y capacidad de resolución –tanto por parte de la población como de la propia administración- lo que ha hecho que el anterior Programa Nacional de la Especialidad se haya quedado ligeramente obsoleto, no tanto por la adecuación o no de sus orientaciones, sino por lo limitado de los tiempos en que el aprendizaje exigido debe tener lugar. Entre los múltiples motivos que determinan la revisión y ampliación del actual programa se identifica la necesidad de afianzar los niveles de competencia necesarios para la práctica de la Medicina de Familia dada su extensión, nivel de responsabilidad, globalidad e impacto sobre los niveles de salud; la necesidad de suplir algunas carencias del pregrado por su escasa orientación hacia la Atención Primaria, siendo necesario un tiempo que permita el **cambio de una formación parcelada, biologicista, centrada en la enfermedad, orientada al conocimiento de la teoría y hospitalocentrista**, a una formación bio-psico-social, centrada en las personas, basada en la resolución de problemas y orientada a la comunidad; la necesidad de potenciar áreas de conocimiento propias de las competencias del Médico de Familia y de introducir y profundizar algunas otras. Al mismo tiempo se han ido consolidando las Unidades Docentes de Medicina de

Familia. Éstas han sido capaces de responder al importante crecimiento del número de residentes y de dar respuesta a su formación. El afianzamiento de la Atención Primaria y de nuestra especialidad en el conjunto del Estado Argentino, sugieren la redacción de un programa que tenga en cuenta la nueva situación y adapte los tiempos formativos y los métodos a las nuevas competencias exigidas a los médicos de familia. Siguiendo un modelo expositivo que va desde *lo macro* (marco más global posible) hasta *lo micro* (las experiencias en nuestras Unidades Docentes) reparemos en esos cambios que nos van a dar las claves en las cuales insertar y dimensionar el nuevo programa.

En primer lugar nos adentramos de lleno en "La sociedad de la información" tal y como la define Manuel Castells, una *sociedad en red* que permite un mayor y más rápido acceso a la información por parte de los profesionales y de cualquier ciudadano. Este nuevo mundo en permanente cambio exige a los médicos una mayor capacidad de adaptación y de utilización de las herramientas para mantenerse actualizado (uso a nivel de experto de las herramientas informáticas, del correo electrónico, de todos los recursos que Internet aporta, del idioma inglés, etc.)

En segundo lugar, tal y como ya se ha comentado, recientes artículos objetivan de una manera clara las grandes aportaciones de la organización de los servicios de salud en torno a la Atención Primaria y al Médico de Familia. Barbara Starfield encuentra que aquellos países que cuentan con médicos de familia como puerta de entrada al sistema sanitario presentan un menor uso de medicación, unos costes globales menores, consiguiendo, a pesar de ello, mayores niveles de satisfacción entre los usuarios, y lo más llamativo aún, mejores niveles de salud; en definitiva mejores resultados en términos de efectividad, eficiencia micro y macroeconómica, equidad y satisfacción. Son determinantes importantes de la calidad asistencial la duración de la formación postgraduada, el grado de experiencia con el problema específico en evaluación y el tipo de organización en la que trabaja el médico. Desde hace años se viene demostrando que la Atención Primaria deben proporcionarla médicos bien formados y entrenados en su práctica. Los resultados de diferentes estudios demuestran el impacto de la accesibilidad, la longitudinalidad, la relación médico-paciente y la globalidad sobre los niveles de salud. Se demuestra asimismo que los médicos de familia entrenados en estos aspectos son más efectivos y más eficientes que otros especialistas para la prestación de las funciones propias de la Atención Primaria de salud. Al mismo tiempo se lanzan nuevas propuestas para redefinir el ámbito de la Atención Primaria y de la Medicina de Familia, no en contraposición a las anteriores definiciones, sino como adaptación a las nuevas situaciones. En el momento presente WONCA (Organización Mundial de Colegios y Academias de Médicos de Familia) EUROPA ha ultimado un documento de consenso sobre las competencias básicas del Médico de Familia. La UEMO (Unión Europea de los Médicos Generalistas) ha propuesto al Parlamento Europeo la ampliación a cinco años de la formación de los médicos de familia, equiparándola a países como Austria, Suecia y Dinamarca. En todos los casos comentados, las competencias que se exigen a los médicos de familia son siempre mayores.

Las consideraciones anteriores hay que enmarcarlas en un gran cambio demográfico caracterizado por el envejecimiento de la población, la proliferación de los movimientos migratorios, tanto emigración por motivos de trabajo o turismo, como inmigración por las desigualdades sociales entre los países. Por otra parte, asistimos a un nuevo papel de la familia y a un nuevo marco de relaciones entre las personas, caracterizadas básicamente por un auge del individualismo y la dilución de las clásicas expresiones de apoyo familiar y social. Lo anterior conlleva la aparición de problemas emergentes a los que el Médico de Familia debe dar respuesta, y por tanto capacitarse para ello, sin renunciar a su rol tradicional. Estos problemas emergentes podrían resumirse en: patología relacionada con la movilidad de los individuos y las poblaciones (patología de los viajeros internacionales, patología del inmigrante), aumento de los individuos incapacitados, bien afectos de minusvalías (mayores niveles de supervivencia de trastornos anteriormente fatales a edades tempranas), bien debido a afecciones propias de la edad (enfermedades crónicas); aumentan los individuos que sobreviven como resultado de intervenciones médicas o quirúrgicas complejas, lo que da lugar a nuevos tipos de cuidados y habilidades: pacientes dializados, portadores de prótesis articulares, valvulares, pacientes trasplantados, pacientes anticoagulados, etc. Se multiplican y aparecen conductas adictivas





(nuevas drogas de síntesis, ludopatías, adicción a Internet), que vienen a sumarse a las ya conocidas. Aumentan los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa, bulimia), las conductas de riesgo, los trastornos adaptativos ante una sociedad en continuo cambio y las personas en riesgo social. Por otra parte aumentan las exigencias por parte de la sociedad, de los pacientes. Cada día se nos exige una mayor capacidad de resolución de problemas, al mismo tiempo que se espera una mayor calidad en las prestaciones. Se nos solicita una mayor y mejor información médica, asesoría sobre información que el propio paciente ha encontrado o le ha sido proporcionada a través de otras vías, bien del mundo sanitario, o en ocasiones también extrasanitario. Asimismo se nos demanda incrementar la capacitación para la autonomía de las personas., Lo anterior exige una adecuada formación en los métodos para mantenerse actualizado, de recuperación de la información relevante y de calidad, así como en la lectura crítica de la misma. Socialmente se nos exige un mejor trato humano, consejo sobre autocuidados, consejo sobre intervenciones preventivas, al tiempo que se multiplican las demandas relacionadas con el bienestar y la estética. La Administración Sanitaria también multiplica sus demandas en torno, principalmente, a una mayor eficiencia en la prestación del servicio (mayor adecuación de las prescripciones, derivaciones, solicitud de pruebas complementarias). Aparecen nuevas formas organizativas y de gestión en las que el Médico de Familia queda envuelto y debe adaptarse. Se informatizan las consultas de Atención Primaria. Los cambios en el medio hospitalario (cirugía de alta precoz, disminución de los días de estancia en el hospital) determinan que el equipo de Atención Primaria deba hacerse cargo de patologías, o determinadas fases de las mismas, que hasta ahora eran atendidos en el hospital. Los cuidados paliativos han venido a sumarse a esta larga lista de tareas a asumir por el Médico de Familia. Por otra parte, en aras de la eficiencia, se trasladan al ámbito de la Atención Primaria algunas técnicas (control del embarazo normal, cirugía menor, inserción de DIU, el control de la anticoagulación oral, el uso del doppler, el uso del ecógrafo), lo que sin duda exige una capacitación específica que demanda unos periodos formativos más largos. También, tal y como se expuso anteriormente, las urgencias y emergencias, tanto Hospitalarias como extrahospitalarias, han devenido un lugar de trabajo en el que el especialista en Medicina de Familia es el especialista preferido por las administraciones públicas y privadas por su pluripotencialidad y alta capacidad resolutoria. El campo de la metodología también se ve afectado por los cambios, no sólo en sus concepciones, sino también en las oportunidades que las nuevas herramientas posibilitan. En el momento presente –sin plantearse como alternativas dicotómicas- se hace un mayor énfasis en el proceso de aprendizaje que en los métodos de enseñanza. También surgen nuevas evidencias en relación al modo como aprenden los adultos y se enfatiza el trabajo individual en torno a una tarea. Además de lo anterior, la constatación de la rápida caducidad del saber médico hace que la enseñanza de los métodos y la adquisición de actitudes y habilidades necesarias para mantenerse actualizado y gestionar la evidencia ganen prioridad en relación con la enseñanza de los contenidos. En cuanto a las herramientas, el acceso a la información a través de diferentes formatos (CD-ROM, vídeos, Internet) posibilita una tutorización a distancia, y exige al discente el manejo de dichas herramientas, de manera que su aprendizaje debe contemplarse en el curriculum del Médico de Familia. Todo lo anterior, más la experiencia cotidiana en nuestras unidades docentes y centros de salud justifica, tal y como se hace en la introducción, la ampliación del Programa de la Especialidad de Medicina Familiar, con el fin de capacitar a los futuros médicos de familia en las exigencias que la nueva situación les depara. Las rotaciones de un mes por Diferentes servicios se hacen cada vez más insuficientes para adquirir la gran cantidad de competencias a dominar en cada una de las disciplinas. Las libranzas post-guardia y la necesidad de introducir las clases, trabajo en grupo y talleres en el horario laboral apoyan la necesidad de ampliar el tiempo de formación. También se hace preciso plantear nuevas estancias como las de cuidados paliativos, geriatría, atención a las drogodependencias, medicina deportiva, rehabilitación o patología vascular, entre otras. Pero no sólo en el área clínica de atención al individuo enfermo se detecta la necesidad de periodos más largos de aprendizaje. La atención a la familia como generadora de conflictos y también como recurso para la salud de sus miembros, el abordaje comunitario de algunos problemas y la salud laboral también nos están exigiendo una mayor capacitación. El mundo de la prevención

nos enfrenta cada día más a sus extraordinarias aportaciones, que por otro lado generan dilemas que debemos aprender a compartir con nuestros pacientes.

La Medicina Basada en la Evidencia nos plantea nuevos retos metodológicos, de manejo de herramientas y de actitud ante nuestros pacientes. La adquisición y mantenimiento de las habilidades de comunicación como herramienta fundamental del Médico de Familia, la exigencia de una medicina más humana, la atención a los problemas éticos derivados de la atención médica, de la relación con la industria farmacéutica, con la Administración Sanitaria, la gestión de la incapacidad laboral, etc., plantean también exigencias de periodos formativos necesariamente más largos, fundamentalmente en el Centro de Salud. La investigación específica en Medicina de Familia, la mejora continua de la calidad, la metodología docente, el trabajo en equipo, la organización de la atención, el conocimiento de la legislación aplicable a la Atención Primaria, son áreas que, dada la limitación actual en cuanto a tiempo disponible, se abordan de una manera incompleta. La especialidad que abarca un campo más amplio de conocimientos y habilidades no puede seguir siendo aquella a la que se reserva un periodo más corto de capacitación, en especial si se tienen en cuenta los importantes retos que se plantean a los futuros médicos de familia. De forma paralela a lo anterior no debe olvidarse que junto a la pertinencia del incremento del tiempo de formación por el impacto que éste tiene sobre los objetivos sanitarios se encuentra su factibilidad legal, económica (que viene dada por el ajuste del número de médicos de familia a formar según las necesidades del sistema sanitario), organizativa y social.

LOS VALORES PROFESIONALES Y EL PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO DE FAMILIA.

En la actualidad, la sociedad civil tiene nuevas demandas en salud y, sin lugar a dudas, en nuestra sociedad se están produciendo cambios y fenómenos nuevos, recogidos en el capítulo anterior, y la Atención Primaria debe adaptarse. Dentro de este esquema, el Médico de Familia tiene que replantearse su posición y su función en el conjunto social para mantener la necesaria legitimidad. Es necesario preguntarse continuamente qué formación se precisa, cuáles son los servicios a prestar, cómo se debe hacer y atendiendo a qué valores profesionales.

LOS VALORES PROFESIONALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

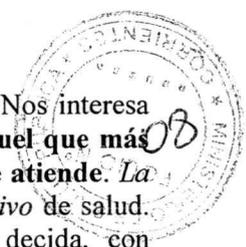
Los médicos tienen unos valores que definen sus compromisos profesionales. El aprendizaje, la interiorización de estos valores es imprescindible para una adecuada actividad profesional. El Médico de Familia participa de los valores generales de toda la profesión médica, aunque con algunos matices derivados de su perfil profesional específico. El Médico de Familia es consciente de que mantenerse fiel a sus valores, más allá de un compromiso ético, es *también su mayor fuerza social*: su compromiso es, a la vez, la garantía de la confianza de los ciudadanos. *Enseñar*, transmitir estos valores, forma parte del trabajo de la tarea de un tutor; *aprenderlos*, asimilarlos es esencial para que un residente llegue a ser un buen Médico de Familia. Podemos agrupar los valores del Médico de Familia en:

6 compromisos:

- 1-con las personas
- 2-con la sociedad en general
- 3-con la mejora continua de su trabajo
- 4-con la propia especialidad
- 5-con la formación
- 6-con la ética.

1. Compromiso con las personas

El ciudadano es el protagonista de la atención que prestamos. Nuestras actuaciones, por encima de cualquier otro interés, están encaminadas a la mejora y mantenimiento de su salud. Las personas que atendemos dan sentido a nuestra profesión: nunca nos molestan, sino que



deseamos obtener su confianza para que nos consulten cada vez que lo precisen. Nos interesa mantener y mejorar la salud de las personas. **El mejor Médico de Familia es aquel que más colabora en conseguir unos buenos resultados en la salud de la población que atiende.** *La autonomía del ciudadano que atendemos no es sólo un deber ético, sino un objetivo de salud.* Procuramos dar toda la información necesaria para que el propio paciente decida, con conocimiento y con nuestra colaboración, el curso de la atención que prefiere. Pero, además, la promoción de la autonomía del paciente para autocuidarse es, en sí misma, un objetivo de salud esencial para el Médico de Familia. Utópicamente, perseguimos que nuestros pacientes sean tan autónomos que dejen de necesitarnos. Nuestro fin no es hacernos imprescindibles para los pacientes, sino procurar que aprendan a autocuidarse. **Nos importa cada persona en su conjunto.** Los médicos de familia “no sólo tenemos” casos clínicos, enfermedades o problemas de salud; los médicos de familia “atendemos” a personas con unos determinados problemas y creencias. Estas personas **viven inmersas en un contexto familiar y social que también son objeto de nuestro interés.** Y nos interesan las personas *a lo largo de toda su vida:* desde cuando aún son un proyecto vital (antes del nacimiento) hasta cuando ya dejaron de existir materialmente (después de su muerte), pero permanecen (trascienden) en el contexto en que vivieron. Además **nos interesa todo en la vida de una persona:** no sólo aquello que está publicado en los manuales médicos sino todo aquello que la persona nos refiere y relaciona con su existencia, su salud y su calidad de vida, porque sabemos que la persona es un conjunto indivisible y cualquiera de sus partes o vivencias influye en su salud. Sabemos que cada persona es un ser único, irrepetible; como tal la aceptamos y respetamos y, por ello, la **atendemos de forma personalizada,** con matices distintos a como lo hacemos con otras personas.

2. Compromiso social

El Médico de Familia, en su función de puerta de entrada al sistema sanitario, o mejor aún, de agencia de salud de los ciudadanos, tiene una alta responsabilidad social respecto al uso eficiente de los recursos sanitarios. Es conocedor de que el uso inadecuado de un recurso sanitario (un fármaco, una prueba complementaria, una consulta a otro médico, etc.) no sólo representa un riesgo de iatrogenia para el paciente sino también un gasto innecesario que priva al conjunto de la población de otros recursos. Por ello, el Médico de Familia tiene un compromiso social en el **uso eficiente de los recursos sanitarios** y en **evitar activamente la discriminación en el acceso a los servicios de salud.** Como profesional que trabaja en el primer nivel de atención, adquiere el compromiso de **asegurar una atención rápida,** a todos los ciudadanos que lo precisen, evitando la creación de barreras que eviten el acceso a sus servicios o que promuevan el acceso directo a otros servicios más especializados. Para ello se esfuerza en organizar su trabajo y el de sus colaboradores, de tal forma que pueda atender sin demoras las demandas de los ciudadanos. El Médico de Familia **conoce la relevancia de su papel** dentro del sistema sanitario, pero la ejerce con humildad, porque también es conocedor de la pequeña influencia que los médicos tienen sobre la salud. Sabe que la salud viene determinada más por factores sociales y económicos que por el propio sistema sanitario; por ello el Médico de Familia **detecta y colabora en la mejora de las condiciones de vida de la población** a la que atiende.

3. Compromiso con la mejora continua

El Médico de Familia es consciente de que **debe tomar sus decisiones sobre la base de las evidencias científicas actualizadas** y por ello reconoce la necesidad de mantener actualizados sus conocimientos, habilidades y actitudes profesionales, por lo que se compromete a **formarse de forma continuada,** reconociendo el valor del equipo en que trabaja para ese cometido. Conocedor de sus propias limitaciones y de la posibilidad de cometer errores, busca, y se estimula en **la mejora continua y el compromiso científico** como método para minimizar los errores. El Médico de Familia **no espera tiempos mejores, intenta hacerlos mejores.** Su perfil profesional y su compromiso con la persona, con la sociedad y con la mejora continua

convierten al Médico de Familia en **un profesional necesario para el buen funcionamiento del sistema sanitario.**



4. Compromiso con la propia especialidad

El Médico de Familia disfruta hasta tal punto de su trabajo cotidiano, que *valora como mérito ejercer como Médico de Familia durante años*. Es consciente de que *“tiene que saber de muchas cosas”* y de que *trabaja continuamente en la incertidumbre*, pero en lugar de considerar estos hechos como limitaciones, los valora como cualidades propias de su especialidad. Es consciente de que socialmente su rol, aunque muy apreciado, es menos reconocido que el de otros especialistas, sin embargo *disfruta de sus capacidades polivalentes y del cotidiano agradecimiento de sus pacientes*. El Médico de Familia *investiga cuestiones pertinentes* que pueden ayudar al desarrollo de la especialidad para ofrecer un mejor servicio a la sociedad. Investiga sobre lo que más útil puede ser para las personas a las que atiende. La investigación es, a su vez, una herramienta de mejora continua y un compromiso social.

5. Compromiso con la formación

El Médico de Familia está convencido de que su especialidad aún puede mejorar mucho más y, por ello, **aprecia la formación de nuevos residentes**, a los que transmite, sin limitaciones, cuanto sabe (incluidos estos valores). Se siente *orgulloso de contribuir a que los nuevos especialistas sean mejores que él mismo*. El Médico de Familia, como tutor de nuevos profesionales, persigue **ayudarlos a aprender**, acepta de buen grado que en el proceso de enseñar él mismo también aprende. **El residente, Médico de Familia en formación, es responsable de su propio proceso de aprendizaje**, por lo que acepta las limitaciones de su tutor, apreciando especialmente su capacidad para estimularle en el aprendizaje. Ambos saben, y valoran, que el **proceso de enseñar-aprender es bidireccional**: una adecuada colaboración provocará que *ambos aprendan y enseñen al mismo tiempo*.

6. Compromiso ético

El Médico de Familia es exigente con la Administración Sanitaria y con el resto de actores del sistema sanitario y reivindica su buen funcionamiento, en beneficio de los ciudadanos. Pero no utiliza las limitaciones del sistema sanitario como excusa y sus defectos no le impiden mantener una **actitud ética** irreprochable, basada en los valores descritos, tanto en sus relaciones con los ciudadanos, como con la sociedad en general, con la empresa sanitaria para la que trabaja o con la industria farmacéutica. Y lo hace no sólo en su tarea habitual de consulta sino también en sus tareas docentes e investigadoras. Su compromiso ético se basa, sobre todo, en el **respeto a la autonomía del paciente y a su intimidad** (asegurando la *confidencialidad*), limitados sólo por el principio de *justicia social* (el bien de los demás). En sus actuaciones clínicas, y teniendo en cuenta su ámbito de actuación, **antepone de manera especial el principio de no-maleficencia al de beneficencia del paciente**. Es consciente de sus conflictos de intereses, los hace públicos cuando es necesario y evita que puedan menoscabar la atención a sus pacientes. Es especialmente cuidadoso y honesto en sus relaciones con la industria farmacéutica y en sus tareas de docencia y de investigación, evitando que nunca sus lícitos intereses particulares se antepongan a las necesidades de la población que atiende.

PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO DE FAMILIA

Para desempeñar el rol como futuros MF, los residentes durante su período de formación deben adquirir una serie de competencias que posibiliten la realización de las tareas que son propias del trabajo del MF en Atención Primaria. Éstas competencias profesionales deben permitirle asumir las demandas y responsabilidades que el sistema sanitario y la sociedad le van a requerir. Frente a este reto intentaremos definir lo que entendemos como perfil profesional del MF: aquel conjunto de funciones y actividades específicas que realiza un MF y que le puedan diferenciar



de otros profesionales. Asimismo los componentes del perfil del MF tienen que adaptarse, por un lado, a las necesidades de salud que se identifican en el perfil epidemiológico de la población, y por otro, a su lugar específico de trabajo, la Atención Primaria.

El MF se caracteriza por atender a las personas en su conjunto, como un todo, y lo hace en su entorno o contexto. A efectos didácticos, podemos decir que precisa basarse en cinco pilares o áreas competenciales, que componen su perfil como las piezas de un rompecabezas.

1. Competencias esenciales: comunicación, razonamiento clínico, gestión y bioética.

La principal herramienta del Médico de Familia es su capacidad de comunicación; se hablará más específicamente de ella en la siguiente área. El Médico de Familia atiende habitualmente a personas con problemas de salud poco definidos, en estadios precoces de su historia natural y, a menudo, banales. El MF está capacitado para atender ese tipo de problemas y, sobre todo, tiene la capacidad de razonamiento adecuada para distinguir aquellas situaciones que son más graves. También está capacitado para elaborar, si es pertinente, una orientación diagnóstica más definida a partir de una queja muy indefinida. En el aprendizaje del razonamiento clínico y la toma de decisiones son de gran ayuda los protocolos y guías de práctica clínica; por ello el residente colaborará en su elaboración y aprenderá a usarlos. El MF organiza y realiza su trabajo en el seno de un equipo de profesionales de Atención Primaria, con objetivos compartidos y para un mismo grupo poblacional. El residente de MF aprenderá a trabajar en un equipo de Atención Primaria, identificar y fijar objetivos comunes, establecer normas de funcionamiento interno y mecanismos de coordinación entre los distintos profesionales. Para el correcto desempeño en todas las áreas del trabajo en Atención Primaria, el MF será capaz de organizar adecuadamente el tiempo diario para las diversas funciones a desarrollar, y especialmente organizará eficientemente su consulta. Deberá aprender a hacer un uso racional de las pruebas complementarias para establecer los diagnósticos, de los recursos terapéuticos o de las interconsultas con otros especialistas. En el ámbito de la Atención Primaria, la información es la base para el conocimiento, para establecer diagnósticos y para la toma de decisiones. El MF conocerá y sabrá utilizar los registros y sistemas de información, colaborando en la recogida de información mediante la realización de una correcta historia clínica y aportando datos a los registros sanitarios existentes. Sabrá utilizar las herramientas informáticas necesarias para esta función y cuidará especialmente el uso confidencial de todos los datos. El Médico de Familia deberá estar capacitado para desarrollar acciones de administración y gestión básicas en establecimientos de Atención Primaria, constituyéndose en un referente en su equipo de trabajo. El aprendizaje de la Medicina Basada en Evidencia y la utilización de los recursos de Internet deberán ser una fuente para sus labores en el campo de la gestión clínica. El objetivo principal de nuestra labor como MF es conseguir que los pacientes reciban una asistencia de calidad. El MF aprenderá el marco teórico y las dimensiones de la calidad asistencial, sus herramientas de medición, su estructura, proceso y resultado, lo que le permitirá conocer y mejorar la calidad de su trabajo. Promoverá la implantación de actividades de evaluación y mejora de la calidad, que le facilitarán la toma de decisiones. Conocerá también los instrumentos necesarios para conocer la satisfacción de los usuarios y de los profesionales. Durante el período de formación pre y postgraduada es muy importante que el MF incorpore a su labor profesional los valores y elementos de la bioética. Aprenderá a valorar los aspectos éticos en la relación con el paciente: respeto, intimidad, confidencialidad, autonomía, consentimiento informado. También aprenderá a valorar los aspectos éticos en relación con nuestra práctica profesional: valores que deben ser defendidos y respetados, dilemas, la ética en la prescripción, en la distribución de recursos, etc. Igualmente importante es velar por los aspectos éticos en la relación de los MF con la investigación y con la industria farmacéutica o con otros profesionales sanitarios.

2. Atención al individuo.

El MF es fundamentalmente un buen médico clínico que debe prestar atención a los individuos de forma continuada a lo largo de su vida, tanto en la consulta como en el domicilio, de forma programada, a demanda o urgente, para los problemas agudos y para los crónicos, realizando su



trabajo de forma eficaz y eficiente. Aprenderá a hacer la historia clínica desde una perspectiva que integre los aspectos biológicos, psíquicos y sociales de la salud y la enfermedad. La atención a la globalidad (al conjunto de la persona) y la longitudinalidad (a lo largo de toda la vida) son dos características esenciales del perfil profesional del Médico de Familia. El MF adquirirá las habilidades técnicas para un correcto diagnóstico, mediante el manejo y la valoración de las pruebas diagnósticas disponibles en su medio. Establecerá un plan diagnóstico, terapéutico y de seguimiento, que incluya la realización de un correcto diagnóstico diferencial, una correcta interpretación de las pruebas complementarias o la coordinación de las opiniones de otros especialistas. Para el plan terapéutico elaborará y negociará con el paciente un posible tratamiento no farmacológico y/o farmacológico necesario para la curación y/o rehabilitación de su enfermedad, utilizando correctamente los fármacos u otras terapias accesibles al MF. También aprenderá a establecer un plan de seguimiento, con evaluación de la adherencia al tratamiento y los resultados alcanzados, garantizando la atención continuada y específica en determinadas situaciones como la situación de un discapacitado, un inmovilizado, un enfermo terminal que precisa cuidados paliativos, etc. o también un niño, un adolescente, una mujer o un anciano.

En cada contacto con el paciente, el MF valorará la necesidad y oportunidad de realizar actividades de prevención y promoción integradas en la práctica asistencial, cuya eficacia y efectividad tengan la necesaria evidencia. Hablamos de medidas de educación para la salud, prevención primaria y de prevención secundaria para los procesos más prevalentes en la población y relacionadas con las enfermedades infectocontagiosas, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la salud mental, la infancia y la adolescencia, la mujer, las personas ancianas. También deberá aprender cuándo debe solicitar la opinión y colaboración de otros especialistas, asumiendo y realizando un cuidado compartido, asesorando y coordinando las evoluciones clínicas del paciente. El MF tiene que desarrollar las suficientes habilidades para la entrevista clínica, encaminada a determinar los problemas de salud, estableciendo un proceso de comunicación adecuado, desarrollando los aspectos específicos de la relación asistencial, delimitando el motivo de la consulta y evaluando el problema del paciente y adquirirá las habilidades de negociación necesarias. El MF aprenderá a desarrollar la capacidad de escucha y empatía necesaria para la correcta interrelación con los usuarios e incorporará los aspectos éticos en la relación con el paciente: respeto, intimidad, confidencialidad, consentimiento o autonomía.

3. Atención a la familia:

La familia tiene una gran importancia en cómo y de qué enferman sus miembros. El MF deberá entender a cada familia como una unidad que debe ser analizada en su composición y funcionalidad, y que actúa a dos niveles sobre las personas, como parte del contexto social en que se desenvuelve la vida y la salud, y como recurso para la salud. El residente deberá ver a la familia como un sistema, incorporar la entrevista familiar, realizar e interpretar el genograma, conocer los ciclos vitales de la familia, la transición de las etapas y los acontecimientos vitales estresantes, evaluándolos y conociendo sus repercusiones. Es importante conocer las herramientas que permiten identificar los recursos familiares, la red social y el apoyo social que tienen las personas y sus familias porque en determinadas situaciones pueden ser necesarios. Deberá ser capaz de identificar las disfunciones familiares, los problemas psicosociales de origen familiar y adquirir habilidades para el asesoramiento y la intervención y mediación familiar.

4. Atención a la comunidad.

Para mejorar la salud y disminuir las desigualdades, el MF debe intervenir sobre los determinantes de la salud que están en contextos diferentes al sistema sanitario, es decir, el medio físico y social. La orientación comunitaria del Médico de Familia empieza en la propia atención individual: toda su actividad clínica debe realizarla contextualizada en el entorno de la persona, aprovechando sus recursos y minimizando sus déficits. Con estos fines, el MF debe



obtener la información suficiente para identificar las necesidades de salud de la población, considerando a la comunidad en su conjunto como sujeto de atención, identificando a los grupos de riesgo que existen en la misma, programando e implementando intervenciones para abordar los problemas de salud comunitarios, y captando activamente a los sujetos vulnerables para garantizar su accesibilidad a la atención sanitaria. Debe identificar y caracterizar la existencia de grupos que sufren desigualdades en salud (de clase social, género, etnia, edad, etc.). Esto conlleva que el MF se implica de forma activa en la salud del conjunto de la comunidad, con independencia de que las personas soliciten o no atención médica. El MF aprenderá a utilizar un sistema de vigilancia epidemiológica para conocer y controlar los aspectos del medio ambiente y sus repercusiones en la salud. Además, el MF utilizará métodos de trabajo que faciliten la participación activa y cooperará con las organizaciones comunitarias (ONGs, asociaciones de ayuda mutua, etc.) y otras instituciones para mejorar la salud del conjunto de la población atendida y aportar en las iniciativas que tiendan al desarrollo de la comunidad.

5. Formación e investigación.

El MF debe ser un profesional en continuo proceso de formación y estar preparado para actuar como docente de otros profesionales que trabajen en Atención Primaria. Así mismo tendrá preparación para colaborar en la formación, tanto de pregrado como de postgrado, en medicina de familia. Deberá asumir que la formación continuada, aquella actividad docente y formativa que nos permite mantener y mejorar nuestra competencia profesional durante nuestra vida profesional, es una necesidad ineludible de todos los MF. Aprovechará especialmente las posibilidades de la formación en servicio, en el seno del propio equipo de trabajo. Por estos motivos el MF adquirirá las habilidades necesarias para preparar y exponer sesiones clínicas, bibliográficas, de revisión, etc., y conocerá los métodos de enseñanza aplicables a la formación de pre y postgrado así como de formación continuada en MF. El MF aprenderá a hacer una búsqueda bibliográfica, conocerá las bases de datos y los recursos de información y documentación médica y la forma de obtener información basada en la evidencia. El MF ha de contar con herramientas de metodología de investigación que le permitan evaluar la calidad y la importancia para su práctica de los resultados de investigación publicados en revistas científicas, desarrollando el hábito de lectura crítica de los trabajos de investigación en Atención Primaria. Además adquirirá los conocimientos básicos para desarrollar una investigación destinada a responder preguntas e hipótesis procedentes de su trabajo, adquiriendo los conocimientos necesarios de epidemiología clínica y de medicina basada en pruebas. Todos los residentes harán el diseño y/o desarrollarán y promoverán la puesta en práctica de un proyecto de investigación en todas sus etapas. El análisis de la situación de salud de la comunidad sirve como método de investigación para movilizar a la comunidad en la solución de sus problemas de salud identificados, bajo la conducción del equipo básico de salud (Médico de Familia y enfermera).

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR.

GENERALIDADES Y CONDICIONES BÁSICAS.

INTRODUCCIÓN

La especialización en Medicina Familiar tiene como objetivo que el residente adquiera el nivel de competencia (conocimientos, actitudes y habilidades) necesario para ser especialista en Medicina Familiar. En consonancia con las tradicionales definiciones y con las más actuales realizadas por la Organización Mundial de Colegios y Academias de Médicos de Familia (WONCA), el objeto de conocimiento del especialista en Medicina Familiar se encuentra en la persona como un todo, sin fragmentación entre lo físico, lo psíquico y lo social, e integrada en el entorno familiar y social.

El especialista en Medicina Familiar trabaja por elevar el nivel de salud de las personas sanas y de las comunidades en las que trabaja, por curar a las personas enfermas y también aconsejar, cuidar y consolar para mejorar la calidad de vida de las personas a su cargo, y basa su atención en la continuidad y longitudinalidad de la atención, en un contexto dinámico. En la elaboración

de este programa han colaborado múltiples especialistas en Medicina Familiar que han sido seleccionados por su amplia trayectoria en la formación y/o por su participación en grupos de expertos.



CONDICIONES BÁSICAS

El desarrollo adecuado del programa para la adquisición de las competencias anteriormente mencionadas precisa de una serie de requisitos y condiciones que se relacionan a continuación y que tienen que ver con el propio programa, con los tutores y con la propia estructura docente de soporte.

1. Con relación al programa.

a. **Formación basada en el perfil profesional** previamente fijado y que detalla los conocimientos, habilidades y actitudes de un Médico de Familia según un catálogo de actividades docentes sujetas a una metodología docente y evaluadora, con el establecimiento de estándares mínimos, deseables, de excelencia en los objetivos de aprendizaje.

b. **Tiempo:** cuatro años para su ajuste al requerido para la adquisición de las competencias señaladas en el programa, y para contabilizar asimismo los periodos vacacionales, las libranzas post-guardia y las actividades formativas teórico-prácticas.

c. **Flexibilidad:** El objetivo final es la adquisición de las competencias y no tanto los métodos: "Lo importante no es el cómo, sino el qué". Por cada área competencial se establecen diferentes métodos docentes lo que permitirá a cada Unidad Docente buscar las mejores alternativas de formación para cada una de las áreas competenciales.

d. **Pluripotencialidad:** El programa se dirige no sólo a la formación de médicos de familia que vayan a desarrollar su actividad profesional futura en un Centro de Salud, sino que debido a su pluripotencialidad permite servir de base formativa para posterior formación en otras áreas de capacitación como las Urgencias o para desempeñar su trabajo en otros ámbitos laborales como Servicios de Urgencias y Emergencias y en otros servicios, unidades o entidades públicas y privadas. Esto conlleva también la incorporación de la **formación individualizada** con un incremento progresivo de la **responsabilidad** y de la **personalización** adaptándose a las necesidades específicas de cada residente.

2. Con relación a los tutores.

a. **La relación residente-tutor de Medicina de Familia** como eje fundamental en la formación del residente, la cual debe ser básicamente tutorizada, continuada y evaluada. Esta evaluación formativa activa y continua tiene como objetivo potenciar el autoaprendizaje.

b. **Los niveles de competencia de los tutores** deben estar adaptados a las áreas competenciales a transmitir y a las metodologías docentes a emplear. El Médico tutor responsable del residente será competente para recomendar y orientar, en el marco establecido por la Unidad Docente, las estancias formativas y las metodologías a seguir por su residente a lo largo de todo el periodo formativo.

c. La Administración debe garantizar y facilitar tres ejes de intervención:

1) Actividades de mantenimiento y mejora de la competencia de los tutores en formación clínica y en metodología docente

2) Condiciones asistenciales y docentes idóneas

3) Actividades para mantener la motivación



3. Con relación a la estructura de soporte, cada Unidad Docente debe:

a. **Adaptar el número de residentes a las posibilidades formativas** de la Unidad y a las necesidades del sistema sanitario.

b. **Adaptar el número de tutores.** La ampliación de un año formativo y la estancia en Atención Primaria todos los años precisa que se cuente al menos con dos tutores por residente, siendo uno de ellos para ese residente el tutor principal. El residente rotará con su tutor principal en el primer año parte de los seis meses iniciales y durante el último año, manteniendo contacto estructurado y continuado el resto del tiempo. De esta manera ningún tutor, como tutor principal, tendrá adscrito más de dos residentes. El residente rotará con el tutor de apoyo en los tiempos que se determine en el centro de salud para evitar la sobrecarga del tutor principal. Durante el segundo año el residente realizará, en la medida de lo posible, su estancia en un Centro de Salud rural.

c. **Disponer de unos recursos mínimos** que permitan el correcto desarrollo del programa docente y garantizar la adquisición del perfil profesional. La estructura docente estará al servicio de la adquisición de competencias, para lo cual se deberá garantizar la estructura de apoyo para las Unidades Docentes y la formación continuada para los tutores en todas las áreas competenciales reflejadas en el programa. Formación continuada que también debe contemplar la capacitación del tutor en la metodología docente que se precise.

d. Asimismo las Unidades Docentes deberán garantizar:

- Un **contacto amplio** inicial con Atención Primaria (entre 3-6 meses)
- Que al menos el **50% del tiempo** de la residencia se efectúe en el Centro de Salud.
- Un tiempo de estancia formativa en **Centro de Salud todos los años.**
- El **contacto continuado y estructurado con el tutor**, independientemente de las estancias formativas en el Centro de Salud.
- La **responsabilidad amplia, aunque supervisada**, en consulta durante el último año.

e. Las Unidades Docentes deberán favorecer:

- La **ampliación de los entornos docentes:** unidades médicas de corta estancia, de hospitalización a domicilio, de emergencias, de atención al adolescente, de cuidados paliativos, de atención a los inmigrantes, a los drogodependientes, a las víctimas de violencia (mujer, anciano, niño, etc.) y los centros de salud rurales, por la patología atendida, por la semiología y exploración, por la tecnología diagnóstica y terapéutica, por la atención familiar, comunitaria y la salud pública que en el medio rural adquieren connotaciones diferenciadas.
- La mejora de la **estructura física** que permita en la medida de lo posible consultas contiguas tutor-residente.
- Las **estancias electivas** al finalizar el tercer año que permitan ajustes en los niveles de competencia adquiridos por el residente.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

Aunque el objeto final de la formación del residente es la adquisición de la competencia suficiente para realizar la atención a la persona como un todo y en su contexto, a efectos docentes se identifican cinco áreas competenciales sobre las que el programa pivota:

- a. **Área de competencias esenciales**, que engloba la comunicación, el razonamiento clínico, la gestión de la atención y la bioética.



b. **Área de competencias relacionadas con la Atención al Individuo:** abordaje de necesidades y problemas de salud de las personas (prevención primaria, secundaria y terciaria).

- Abordaje de grupos poblacionales y grupos con factores de riesgo.
 - c. Área de competencias en relación con la Atención a la Familia.
 - d. Área de competencias en relación con la Atención a la Comunidad.
 - e. Área de competencias en relación con la Formación y la Investigación.

En cada área se definen los objetivos y las actividades a realizar para la adquisición de estas competencias, incluyendo conocimientos, habilidades y actitudes.

Para desarrollar estos aspectos se ha confeccionado una ficha que recoge por cada área competencial los siguientes aspectos: área competencial, objetivos a conseguir, actividades docentes a realizar agrupadas según prioridad y nivel de responsabilidad.

Se establecen tres **niveles de prioridad:**

- **PRIORIDAD I: Indispensable:** las competencias deben ser adquiridas por todos los residentes. Su ausencia cuestiona su aptitud.
- **PRIORIDAD II: Importante:** las competencias deben ser adquiridas por la mayoría de residentes.
- **PRIORIDAD III: No prioritario:** la adquisición de estas competencias, si lo anterior está presente, puede ser criterio de excelencia.

Se determinan tres **niveles de responsabilidad:**

- **NIVEL PRIMARIO:** El Médico de Familia debe ser capaz de identificar, evaluar y tratar este tipo de problemas sin consultar con otro nivel asistencial en el 90% de los casos.
- **NIVEL SECUNDARIO:** Una consulta a otro nivel es habitualmente requerida en el curso de la evaluación o del tratamiento de este tipo de problemas.
- **NIVEL TERCIARIO:** El diagnóstico y tratamiento de estos problemas es competencia de otros especialistas, pero el MF debe ser capaz de informar, apoyar al paciente y a la familia y asegurar la coordinación y la continuidad de la atención.

Para cada área se determina la metodología docente, el lugar de aprendizaje (Centro de Salud, estancia en un servicio de la Unidad Docente, rotación externa...), el tiempo de aprendizaje y las lecturas recomendadas.

METODOLOGÍA DOCENTE



La metodología docente recomendada, en general, se fundamenta en:

- A) Autoaprendizaje**
- B) Aprendizaje de campo**
- C) Clases**
- D) Trabajo grupal**
- E) Talleres**

A) Autoaprendizaje. (Self directed learning)

Consiste en: estudio y uso de herramientas de aprendizaje individuales. Indicada especialmente para: adquisición de nuevos conocimientos, mantenimiento de la competencia, adquisición de habilidades en el uso de las herramientas básicas (inglés, informática, Internet).

Diferentes expresiones:

- Estudio cotidiano a iniciativa del propio residente.
- Aprendizaje dirigido: lecturas o visualizaciones recomendadas (CD-ROM, vídeos, páginas web). Encargo de tareas: aprendizaje basado en la resolución de problemas, discusión de casos y problemas prácticos (*Problem based learning*).
- Cursos a distancia.
- Preparación de sesiones.

B) Aprendizaje de campo (Learning in context)

Consiste en: colocar al residente en una situación real en la que su autoaprendizaje pueda tener lugar. Indicada especialmente para: adquisición y aprehensión de la complejidad de las funciones y de la toma de decisiones como profesional.

Diferentes expresiones:

- Observación directa (el residente ve lo que hace el tutor).
- Intervenciones tutorizadas (el residente realiza sus actividades ante la presencia del tutor).
- Intervención directa, no supervisada directamente por el tutor (se obtiene información por otras vías diferentes a la observación directa: auditoría de historias, opinión de los pacientes, opinión del resto de los compañeros del equipo o del segundo nivel)

C) Clases:

Consiste en: transmisión unidireccional de la información, sobre una materia concreta. Indicada especialmente para: Transmisión de información compleja. Creación de un marco referencial.

Diferentes expresiones:

- Clase unidireccional clásica.
- Clase participativa. Se debe, en la medida de lo posible, favorecer la clase participativa.

D) Trabajo grupal, interacción grupal (small group learning)

Consiste en: aprovechar la interacción entre los diferentes miembros del grupo. Indicada especialmente para: trabajar las actitudes.

E) Talleres

Consiste en: aprendizaje de habilidades en pequeños grupos. Indicados especialmente para: la adquisición de habilidades o procedimientos (conductas que deben seguirse de un modo definido)

Diferentes expresiones:

- Con pacientes reales o simulados
- Con maniqués
- Con programas informatizados (simuladores)
- Con proyectos educativos



FUENTES DE INFORMACIÓN

La bibliografía específica se recomienda en cada área de conocimiento, aunque de forma general se listan, en el *apartado de estructura docente*, libros, revistas, recursos en Internet, páginas web, guías de práctica clínica, ... que deben estar accesibles para el residente. La relación expuesta debe ser revisada y renovada por las Unidades Docentes.

La información se estructura en:

A. REVISTAS BÁSICAS Y RECOMENDABLES

B. LIBROS BÁSICOS DE MEDICINA DE FAMILIA

C. RECURSOS DE INTERNET PARA EL MÉDICO DE FAMILIA. Clasificados en:

- 1. Selección de recursos generales de Internet
- 2. Portales y herramientas de búsqueda en Internet para Atención Primaria
 - . Portales
 - . Directorios y Buscadores Médicos
- 3. Organismos y Sociedades Científicas
- 4. Departamentos Universitarios de Medicina de Familia
- 5. Recursos Investigación y Formación Continuada
 - . Investigación y evaluación de la literatura médica
 - . Bases de datos
 - . Revistas y libros médicos
- 6. Miscelánea
 - . Información para pacientes
 - . Información sobre medicamentos
 - . Herramientas



CRONOGRAMA DEL PROGRAMA

Primer Año:

- Aprendizaje del campo en Medicina Interna 6 meses
- Aprendizaje del campo en Atención Primaria 3 meses
- Aprendizaje del campo en Urgencia y Emergencia 2 meses y medio

Segundo Año:

- Aprendizaje del campo en Medicina Interna 6 meses
- Aprendizaje del campo en Atención Primaria 3 meses
- Aprendizaje del campo en Urgencia y Emergencia 2 meses y medio

Tercer Año:

- Aprendizaje del campo en Salud Mental 3 meses
- Aprendizaje del campo en Atención Primaria (interior) 3 meses
- Aprendizaje del campo en Pediatría 3 meses
- Aprendizaje del campo en Urgencia y Emergencia 2 meses y medio

Cuarto Año:

- Aprendizaje del campo en Obstétrica /Planificación familiar 3 meses
- Aprendizaje del campo en Atención Primaria 6 meses
- Aprendizaje del campo en Urgencia 2 meses y medio

AREA DOCENTE



PRIMER AÑO:

Atención al individuo

Objetivos:

El médico residente al finalizar su periodo de formación, demostrará y/ será capaz de:

1. Realizar una anamnesis detallada y dirigida al cuadro clínico que presente el paciente
2. Realizar la exploración física completa y competente en función del cuadro clínico
3. Valorar y escoger la mejor estrategia diagnóstica
4. Interpretar los exámenes de laboratorio básicos
5. Interpretar el estudio radiológico y electrocardiográfico básico, si precisa
6. Indicar las medidas higiénico – dietéticas oportunas
7. Valorar efectos secundarios e interacciones farmacológicas
8. Indicar la pauta de los controles evolutivos
9. Indicar la derivación al especialista del segundo /tercer nivel
10. Valorar la necesidad y oportunidad de realizar actividades de prevención y promoción de la salud
11. Reconocer el papel de la familia o del grupo humano que constituya el entorno del paciente, a la hora de identificar el problema, proporcionar información e indicar el tratamiento y cuidados oportunos

Conocimientos, Actitudes y Habilidades:

Programa de clases sobre Diagnósticos y Tratamientos de Patologías Médicas Clínicas Precedentes.

Participación en ateneos clínicos y de Consultorio externo en Medicina Interna.

Clases de capacitación en Medicina de Urgencia.

Taller sobre **Comunicación Asistencial**: La entrevista clínica y relación médico paciente.

Objetivos:

El residente, al finalizar su periodo de formación, demostrará / será capaz de:

1. Establecer, mantener y concluir una relación asistencial y terapéutica adecuada
2. Identificar y perfilar el/los problema/s de salud que presenta el paciente
3. Acordar con el paciente la acción más apropiada para cada problema
4. Informar y educar según las necesidades del paciente
5. Utilizar el tiempo y los recursos adecuadamente

Conocimientos, Actitudes y Habilidades:

- Conectar adecuadamente con el paciente y/o su familia
- Facilitar la disposición del paciente y/o su familia a proporcionar información diagnóstica
- Averiguar la naturaleza y la historia del problema/s de salud del paciente
- Indagar por la información relevante de las vertientes biológicas, psicológicas y social de los problemas de salud
- Percatarse de la información que se ha obtenido de las vertientes biológicas, psicológicas y social de los problemas de salud
- Generar y comprobar múltiples hipótesis a lo largo de la entrevista con el paciente y/o su familia
- Asegurarse de que el paciente y/o su familia comprende la naturaleza del problema
- Asegurarse de que el paciente y/o su familia comprende el proceso y los estudios diagnósticos recomendados
- Asegurarse de que el paciente y/o su familia comprende las medidas terapéuticas pertinentes



- Llegar a un acuerdo con el paciente y/o su familia sobre el/los problema/s, el proceso diagnóstico y las medidas terapéuticas
- Promover la disposición del paciente y/o su familia a aceptar el plan de tratamiento.
- Negociar cuando sea preciso
- Aliviar el sufrimiento físico y psicológico del paciente y/o su familia
- Asegurar la satisfacción del paciente y/o su familia
- Asegurar la satisfacción del médico

Prioridad II:

- Conocer los modelos más relevantes de entrevista clínica
- Conocer las fases en que se desarrolla la entrevista clínica
- Conocer la influencia de los factores ambientales en la comunicación clínica
- Conocer las principales técnicas de comunicación verbal
- Conocer los elementos esenciales que modulan el paralenguaje
- Conocer los tipos y componentes esenciales de la comunicación no verbal
- Conocer los elementos esenciales de la escucha activa
- Conocer los problemas más frecuentes que aparecen en la relación médico-paciente
- Conocer la influencia de los factores personales en la entrevista clínica
- Conectar con el paciente y/o su familia y/o sus cuidadores
 - ✓ Saludando cordialmente y llamando al paciente por su nombre
 - ✓ Demostrando interés y respeto y acompañando a la acomodación
- Delimitar el/los motivos de consulta
 - ✓ Identificando los problemas o temas que el paciente libremente quiere tratar
 - ✓ Escuchando sin interrumpir la entrada del paciente
 - ✓ Confirmando la lista de problemas
 - ✓ Negociando la agenda de la consulta
- Obtener la información relevante
 - ✓ Animando al paciente a “contar” a su modo la historia de el/los problemas
 - ✓ Captando y siguiendo las pistas verbales y no verbales más relevantes
 - ✓ Haciendo un uso juicioso de los diferentes tipos de preguntas, de las facilitaciones, de las aclaraciones, de la solicitud de ejemplos, de los señalamientos, de las interpretaciones y de las técnicas de control de la entrevista
 - ✓ Verificando la información obtenida mediante la realización de resúmenes
- Establecer una relación terapéutica y de confianza
 - ✓ Demostrando un comportamiento no verbal adecuado: contacto visual-facial, postura y posición, movimientos, expresión facial, uso de la voz.
 - ✓ Utilizando la historia clínica, computadora, los informes, recetas, etc. Sin interferir en el diálogo o la conexión
 - ✓ Legitimando y aceptando el punto de vista del paciente y/o su familia sin juzgarlo
 - ✓ Mostrando empatía y ofreciendo apoyo
 - ✓ Tratando con sensibilidad los temas embarazosos, los motivos de sufrimiento y la exploración física
 - ✓ Demostrando un interés genuino por el paciente
- Acompañar adecuadamente la exploración física
 - ✓ Pidiendo permiso
 - ✓ Explicando lo que se va hacer y por que
 - ✓ Compartiendo con el paciente los hallazgos
- Llegar a acuerdos sobre la naturaleza del problema, la información y el plan de actuación
 - ✓ Proponiendo explicaciones y planes directamente relacionados con la forma en que el paciente y/o su familia ven el/los problemas
 - ✓ Facilitando la bidireccionalidad
 - ✓ Utilizando las técnicas de negociación y persuasión apropiadas

- 
- ✓ Proporcionando la información de forma clara y concisa y en la cantidad apropiada (ni escasa ni excesiva)
 - ✓ Implicando al paciente y/o su familia en la toma de decisiones hasta donde ellos decidan
 - Cerrar la entrevista adecuadamente
 - ✓ Resumiendo los puntos mas importantes de la entrevista, especialmente los cometidos de cada uno de los participantes: medico, paciente y/o familia y/o cuidadores
 - ✓ Previendo las posibles evoluciones y la actuación mas adecuada en cada caso
 - ✓ Despidiendo cordialmente a los consultantes
 - Permitir la comunicación tanto de información como de pensamientos y emociones en la consulta
 - Mostrar un respeto incondicional hacia los pacientes, sus familias y sus cuidadores (aunque no necesariamente a sus acciones)
 - Mostrar respeto hacia la autonomía y la individualidad del paciente
 - Disposición a compartir parte del proceso diagnostico y terapéutico con los pacientes, sus familias y sus cuidadores
 - Disposición a trabajar con pacientes de diferentes estratos sociales y personalidades
 - Mostrar curiosidad y prestar atención a las diversas dimensiones de la enfermedad (biología, psicología y social) que pueden darse simultáneamente
 - Actitud abierta, de curiosidad y predispuesta a explorar nuestras propias actitudes, creencias y expectativas, derivadas de nuestra condición de médicos

Prioridad III:

- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para comunicar con:
 - ✓ Niños
 - ✓ Adolescentes
 - ✓ Ancianos
- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para comunicar con:
 - ✓ Los pacientes con problemas sensoriales/de comunicación
 - ✓ Los pacientes pocos comunicativos
 - ✓ Los pacientes deprimidos
 - ✓ Los pacientes ansiosos
 - ✓ Los pacientes enfadados/agresivos
- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para:
 - ✓ Comunicar con las familias de los pacientes
 - ✓ Facilitar la comunicación de los miembros de la familia entre si
- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para comunicar con:
 - ✓ Los pacientes de culturas diferentes a la del medico
- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para:
 - ✓ Dar malas noticias al paciente y/o su familia
 - ✓ Comunicar con los pacientes terminales
 - ✓ Obtener la historia sexual
 - ✓ Comunicar con pacientes con hábitos de riesgos y problemas de adicción
- Conocer y manejar las habilidades específicas de la 'Entrevista Motivacional'
 - ✓ Conocer los estadios y el procesos del cambio de hábitos
 - ✓ Desarrollar la empatía y fomentar la auto responsabilidad en dicho proceso de cambio
 - ✓ Manejar las preguntas abiertas, la escucha reflexiva, los sumarios, la positivización y el fomento de la auto eficacia
- ✓ Conocer y manejar habilidades de persuasión
- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para el 'Control de las Emociones' en la consulta
- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para comunicar en 'Pequeños Grupos':
 - ✓ Grupos de pacientes

- 
- ✓ Grupos de trabajo: Equipo de Atención Primaria y profesionales de otros niveles asistenciales
 - Conocer y manejar los elementos éticos que influyen en la comunicación médica:
 - ✓ Principios éticos y comunicación
 - ✓ El consentimiento informado

CRONOGRAMA DE CLASES TALLER DE PRIMER AÑO

- 1-Introducción a la Medicina Familiar
- 2-Comunicación. Entrevista clínica. Relación médico-paciente.
- 3-Atención domiciliaria
- 4-Metodología de la atención a la familia
- 5-Metodología de la atención a la comunidad
- 6-Planificación y programación en Atención Primaria
- 7-Bioética
- 8-Informática
- 9-Sociología de la salud
- 10-Epidemiología, estadística y demografía
- 11-Metodología de la prevención
- 12-Metodología de la formación
- 13-Metodología de la investigación
- 14-La búsqueda bibliográfica y otros servicios elementales de documentación médica
- 15-La Medicina basada en las pruebas
- 16-Habilidades sociales: abordaje de problemas, resolución de conflictos, negociación, toma de decisiones.
- 17-Oferta de servicios en los centros de salud
- 18-Razonamiento clínico

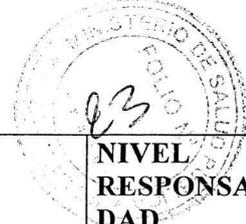
Las cuatro funciones del Médico de Familia son la atención, la docencia, la investigación y la gestión de la atención. Una buena gestión clínica y no clínica (organizativa) va a determinar que las competencias del Médico de Familia tengan el impacto deseado sobre los objetivos del sistema sanitario: la efectividad, la eficiencia, la equidad y la viabilidad del sistema. La gestión de la atención determina un elemento básico de la eficiencia microeconómica que es la eficacia de nivel es decir la capacidad de resolución de problemas con calidad científico-técnica y a un coste razonable en el nivel en el que éstos se deben resolver. Los médicos somos los responsables de la gestión de la mayor parte de recursos del Sistema Nacional de Salud. Los médicos de familia somos gestores: gestores clínicos que debemos tomar decisiones eficientes, basadas en la mejor evidencia disponible, en la propia experiencia clínica y teniendo en cuenta las expectativas del paciente, gestores del tiempo, gestores de la información y gestores de la calidad en un marco de responsabilidad civil y médico-legal.

En este apartado se desarrollan en seis subapartados los elementos clave de la gestión de la atención que interesan al Médico de Familia: la gestión clínica, el trabajo en equipo, la gestión y organización de la actividad, los sistemas de información, la gestión de la calidad y la responsabilidad civil y médico-legal. En cada apartado se definen los objetivos y actividades propios.

NOTA: Los niveles de responsabilidad que se incluyen en la presente área temática hacen referencia a la necesidad de apoyo técnico especializado (Comisiones de Calidad, Técnico de salud, coordinador de calidad, etc.).

ÁREA: LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN: LA GESTIÓN CLÍNICA

SUBÁREA 1: La gestión clínica. La medicina basada en la evidencia. La resolución de problemas centrada en el paciente. La evaluación de la práctica clínica. Utilización adecuada de las pruebas complementarias. Uso racional del medicamento. La gestión de la Incapacidad Transitoria (IT).



ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES	
PRIORIDAD I	
<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Conocimiento de las bases conceptuales de la gestión clínica: la variabilidad de la práctica clínica y las estrategias para gestionarla 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Conocimiento de la MBE como instrumento para la gestión clínica: guías de práctica clínica. 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Conocimiento del concepto del nivel de resolución como medida de resultados de la actividad de la AP y las posibilidades de medirlo y actuar sobre él 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Conocimiento del método clínico y la gestión clínica centrada en el paciente. 	PRIMAR./SECUN
<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Conocimiento teórico y habilidades para el uso adecuado de las pruebas diagnósticas 	D.
<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Conocimiento de las bases teóricas de la gestión farmacéutica y habilidades para la prescripción farmacéutica racional. 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Conocimiento y habilidades para la gestión de la IT en la consulta. 	PRIMAR./SECUN
PRIORIDAD II	
<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Conocimiento MBE como instrumento para la gestión clínica: toma de decisiones, evaluación de la práctica 	D.
<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Habilidades para desarrollar guías de práctica clínica 	SECUNDARIO
<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Conocimiento y habilidades para la valoración de pruebas diagnósticas 	SECUNDARIO
<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Conocimiento de la utilidad del análisis coste-efectividad 	SECUNDARIO
<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Conocimiento teórico y habilidades prácticas para el desarrollo de estudios de utilización de medicamentos 	SECUNDARIO
PRIORIDAD III	
<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Habilidad para el desarrollo de estudios de análisis coste-efectividad 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Habilidad para la gestión clínica 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Habilidad para la MBE centrada en el paciente 	PRIMARIO

ÁREA: LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN: EL TRABAJO EN EQUIPO

SUBÁREA 2: El trabajo en equipo. El líder en el equipo. Dinámica de reuniones. Gestión de conflictos: la negociación.

OBJETIVOS

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, demostrará/será capaz de:

1. Trabajar en equipo, en los diferentes ámbitos de trabajo
2. Liderar y dinamizar la actividad de los equipos
3. Conducir adecuadamente las reuniones
4. Adquirir los elementos prácticos de la negociación como instrumento para gestionar los conflictos

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES	
PRIORIDAD I	
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de los fundamentos teóricos del trabajo en equipo 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de los fundamentos teóricos de la negociación como instrumento para la gestión de conflictos 	PRIMARIO/SECUNDARIO
PRIORIDAD II	
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de los estilos de liderazgo, y la influencia del líder como elemento coordinador y dinamizador de equipos 	PRIMARIO/SECUNDARIO



<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de los elementos teóricos para la conducción y dinamización de reuniones 	
<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de las técnicas de negociación 	PRIMARIO
<p>PRIORIDAD III</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Manejo práctico de reuniones 	PRIMARIO/SECUNDARIO
	PRIMARIO/SECUNDARIO
	PRIMARIO/SECUNDARIO

ÁREA: LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN: LA GESTIÓN DE LA ACTIVIDAD

SUBÁREA 3: La gestión y organización de la actividad asistencial y no asistencial en el Equipo de Atención Primaria (EAP). Frecuentación y presión asistencial. Gestión de la consulta: los circuitos y la agenda.

OBJETIVOS

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, demostrará/será capaz de:

1. Conocer las bases fundamentales de la organización de los EAP
2. Conocer y valorar los diferentes modelos organizativos de la actividad en consulta, la actividad domiciliaria, la relación entre personal médico y personal de enfermería, tanto en medio rural como urbano
3. Conocer y saber aplicar la metodología de gestión de la consulta

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<p>CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES</p> <p>PRIORIDAD I</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de las bases de la organización de los EAP en sus aspectos asistenciales 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de los modelos organizativos de la actividad en consulta y en domicilio 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de los modelos organizativos de la relación entre personal médico y de enfermería en el EAP 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la metodología de gestión de la consulta 	PRIMARIO
<p>PRIORIDAD II</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de los factores que influyen en la utilización de los servicios sanitarios 	PRIMARIO/SECUNDARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Manejo del paciente hiperfrecuentador 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de las bases de la organización de los EAP en los aspectos de formación, investigación y docencia 	PRIMARIO
<p>PRIORIDAD III</p>	
<p>Conocimiento de las bases de la organización de la unidad de atención al usuario del EAP</p>	PRIMARIO
	PRIMARIO/SECUNDARIO
	D

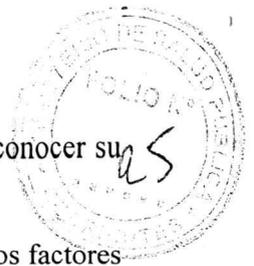
ÁREA: LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN: LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

SUBÁREA 4: Los sistemas de información: recogida de datos poblacionales, historia clínica, registros de morbilidad, codificación, registro de mortalidad, otros sistemas de registro, la informática en consulta, sistemas y programas.

OBJETIVOS

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, demostrará/será capaz de:

1. Conocer las características generales del Sistema de Información Sanitario



2. Manejar los distintos sistemas de registro que se utilizan en Atención Primaria y conocer su utilidad práctica
3. Manejar los indicadores de uso más habitual en Atención Primaria
4. Adquirir la capacidad para interpretar el significado de los distintos indicadores y los factores determinantes en su interpretación
5. Adquirir la capacidad para poder definir el sistema de información factible en diferentes entornos
6. Conocer y manejar las aplicaciones informáticas para la informatización de la Atención Primaria
7. Aprender las bases teóricas y la metodología para la informatización completa de un EAP

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES	
PRIORIDAD I	
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de las características generales de un Sistema de Información Sanitario (SIS), sus principios básicos y sus limitaciones 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento y manejo de la historia clínica en cualquier soporte 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento y manejo de otros sistemas de registro de uso habitual en Atención Primaria 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para valorar la utilidad práctica de los distintos sistemas de registro en función del valor de la información obtenida y el coste de obtenerla 	PRIMARIO/SECUN D.
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de los indicadores de uso más frecuente en Atención Primaria 	PRIMARIO/SECUN D.
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para interpretar los indicadores de uso más frecuente en Atención Primaria 	PRIMARIO/SECUN D.
PRIORIDAD II	
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para la definición de un SIS adecuado y factible para un entorno concreto 	PRIMARIO/SECUN D.
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de las distintas aplicaciones informáticas para la informatización de la Atención Primaria 	SECUNDARIO SECUNDARIO
PRIORIDAD III	
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para el diseño de planes y programas (de formación, atención y gestión) con sus sistemas de información y de evaluación 	PRIMARIO/SECUN D.
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de las bases teóricas y metodología práctica para la informatización de un EAP 	PRIMARIO/SECUN D.

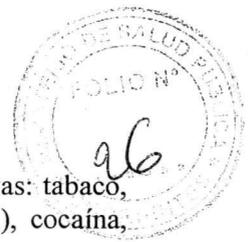
ÁREA: LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN; LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

SUBÁREA 5: Mejora continua de la calidad. El ciclo de la calidad. Instrumentos para la mejora. Implantación de la mejora de la calidad en el EAP. La perspectiva del cliente.

OBJETIVOS

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, demostrará/será capaz de:

1. Conocer el concepto de calidad y de mejora continua de la calidad, y los distintos componentes que la integran.
2. Conocer y aplicar los pasos del ciclo general de la calidad: detección de situaciones mejorables, análisis de causas, análisis de soluciones, implantación de la mejora y evaluación de los resultados obtenidos.
3. Conocer y emplear los distintos instrumentos que se utilizan en cada fase del ciclo.
4. Conocer los aspectos de la atención sanitaria que valora el cliente, distintos de la calidad científico-técnica.
5. Comprender la utilidad de las situaciones mejorables, de los errores, como instrumentos de mejora de la atención (la cultura de la evaluación para la mejora).



Prioridad I:

- Conocer los diferentes patrones de consumo de sustancias adictivas
- Realizar correctamente la anamnesis sobre el consumo de sustancias adictivas: tabaco, alcohol, benzodiazepinas, hipnóticos, cannabis, drogas de síntesis (MDMA), cocaína, heroína y otros psicoestimulantes
- Detectar situaciones de riesgo para el consumo de sustancias adictivas
- Detectar el consumo de sustancias adictivas
- Saber aconsejar para dejar de fumar y reducir el consumo excesivo de alcohol
- Proponer alternativas de reducción de riesgo para las drogas ilegales: cannabis, drogas de síntesis (MDMA), cocaína, heroína y otros psicoestimulantes
- Estimar el grado de dependencia a sustancias adictivas
- Conocer y aplicar las técnicas de deshabituación tabáquica. Intervenir con ayuda conductual y farmacológica para dejar de fumar
- Identificar los síntomas de alarma sobre el consumo de sustancias
- Diagnosticar y tratar la intoxicación aguda por las diferentes sustancias:
 - Intoxicación etílica
 - Sobredosis de drogas de síntesis y derivados anfetamínicos
 - Sobredosis de cocaína
 - Sobredosis de heroína (opiáceos)
 - Sobredosis de benzodiazepinas
- Diagnosticar y tratar las enfermedades asociadas a las drogodependencias
- Realizar las actividades preventivas pertinentes en el colectivo de usuarios de drogas y/o en situación de riesgo
- Conocer los recursos específicos locales y regionales para las drogodependencias y derivación a los mismos cuando sea necesario
- Intervenir y asesorar a los diferentes recursos comunitarios (asociaciones, colegios, etc.) realizando actividades de prevención primaria y secundaria
- Intervenir específicamente con la unidad familiar asesorando a los tutores/padres sobre pautas de actuación correctas

Prioridad II:

- Crear grupos de apoyo para la deshabituación tabáquica
- Detectar problemas de salud mental asociados a consumo excesivo de drogas psicoactivas
- Realizar deshabituación alcohólica
- Realizar desintoxicación de:
 - Opiáceos
 - Cocaína

Prioridad III:

- Realizar deshabituación de:
 - Opiáceos
 - Cocaína
 - Otras drogas ilegales



TERCER AÑO:

Atención al Individuo

Atención al anciano

Objetivo:

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, demostrará / será capaz de:

1. Abordar de manera adecuada los principales síndromes geriátricos
2. Conocer y aplicar las actividades de promoción y prevención recomendadas en este sector de población
3. Saber realizar de manera adecuada una Valoración Geriátrica Global en A.P.
4. Conocer y aplicar las principales escalas empleadas en la valoración geriátrica
5. Conocer recursos sociales a nuestro alcance, y ser capaz de realizar intervenciones familiares y sociales factibles
6. Individualizar la intervención en base a su objetivo y características de la persona.
Conocer las distintas estrategias de intervención sobre población anciana

Conocimientos y Habilidades

Prioridad I:

- Abordar y manejar adecuadamente los principales síndromes geriátricos: deterioro cognitivo y demencia, síndrome confusional, incontinencia urinaria, inestabilidad y caídas, inmovilismo y sus consecuencias, desnutrición, alteración de visión y audición
- Conocer qué actividades de promoción y prevención se recomiendan claramente en población anciana (tabaco, ejercicio, vacunación antigripal y antitetánica, HTA...) y otras recomendadas pero con menos evidencia (osteoporosis, hiperlipidemia, déficit visual y auditivo, incontinencia, ...)
- Adquirir habilidades en la entrevista clínica con las personas mayores
- Sistematizar en la consulta la correcta realización y registro de las actividades preventivas recomendadas



- Aplicar correctamente métodos de cribado en las principales actividades preventivas recomendadas
- Conocer las características de la Valoración Geriátrica Global en Atención Primaria y el contenido básico de cada área que la integran (clínico-física, funcional, mental, y social)
- Conocer y aplicar algunas de las escalas más empleadas en la valoración geriátrica: MEC de Lobo, Pfeiffer, índice de Katz y el de Barthel, la Escala Geriátrica de Depresión, entre otros
- Conocer los recursos sociales más inmediatos de que disponemos para este sector de población: teleasistencia, asistencia domiciliaria, institucionalización, etc.
- Conocer la dinámica y mecanismos iniciales para usar los recursos sociales (adónde derivar, etc.)
- Diferenciar las intervenciones en calidad y cantidad de acuerdo a las características personales, del proceso, y de los objetivos marcados
- Conocer el contenido del área de Geriatria incluido en los diferentes Contrato-Programas para la Atención Primaria
- Conocer y aplicar aspectos elementales de farmacoterapia, polifarmacia y yatrogenia en las personas mayores
- Abordar adecuadamente las patologías más prevalentes o con aspectos diferenciadores en esta población: Parkinson, ciertos tumores como el de próstata, estreñimiento, ansiedad y depresión, etc.

Prioridad II:

- Adquirir habilidades en la utilidad, implicaciones, y recurso de cuidadores y la familia
- Realizar adecuadas intervenciones de manejo en las actividades preventivas

Prioridad III:

- Saber realizar adecuadamente una Valoración Geriátrica Global en el medio especializado o institucional
- implicarse y tomar parte activa en los mecanismos para hacer uso de los recursos sociales a nuestro alcance, y :ius actividades
- Adquirir habilidades del manejo del anciano en el medio especializado o inslitudinalizado
- Conocer las líneas prioritarias e implicarse en investigación de aspectos geriátricos

Atencion al paciente inmovilizado

Objetivos:

El residente, al finalizar su periodo de formación, demostrará / será capaz de:

1. Realizar correctamente una evaluación multidimensional del paciente inmovilizado
2. Hacer correctamente el seguimiento domiciliario de enfermedades crónicas en fases avanzadas
3. Reconocer signos evolutivos indicadores de mal pronóstico
4. Saber adiestrar al cuidador del paciente
5. Conocer y utilizar de forma racional los recursos socio - sanitarios del área

Conocimiento, Actitudes y Habilidades

Prioridad I:



- Saber realizar una anamnesis del estado orgánico, mental, funcional y social del paciente inmobilizado
- Saber realizar una exploración del estado Orgánico, mental, funcional y social del paciente inmobilizado
- Realizar correctamente el manejo terapéutico del paciente con idus inmobilizado
- Realizar correctamente el manejo terapéutico del paciente con EPOC en fase avanzada
- Realizar correctamente el manejo terapéutico del paciente con insuficiencia cardiaca en fase avanzada
- Manejar correctamente et síndrome confusional
- Conocer y saber prevenir las úlceras por presión
- Conocer y saber prevenir 'as complicaciones respiratorias
- Conocer y saber prevenir la enfermedad tromboembólica venosa
- Conocer y saber prevenir las complicaciones músculo - esqueléticas
- Conocer y saber prevenir las complicaciones genito — urinarias
- Conocer y saber prevenir los riesgos de la polifarmacia
- Abordar correctamente el deterioro nutricional
- Saber tratar correctamente las úlceras por presión
- Hacer un uso racional de pruebas diagnósticas
- Saber hacer un plan de rehabilitación para el tratamiento de la inmovilidad y evitar su progresión
- Saber adiestrar al cuidador del paciente inmobilizado
- Conocer, informar a la familia y utilizar correctamente los recursos socio sanitarios disponibles para cada situación
- Conocer los criterios de derivación hospitalaria

Prioridad II:

- Saber realizar el tratamiento de las úlceras por presión complejas
- Saber realizar un cambio de sonda vesical

Prioridad III:

- Saber realizar un sondaje nasogástrico
- Saber cambiar una sonda de gastrostomía
- Saber realizar una paracentesis
- Saber utilizar aspiradores

Atención al paciente Terminal

Objetivos:

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, demostrará/será capaz de:

1. Identificar las complicaciones biológicas de los pacientes con enfermedad en fase terminal
2. Identificar los problemas psicosociales
3. Adquirir las habilidades para el control de las complicaciones biológicas
4. Adquirir las habilidades para la comunicación con el paciente y familia
5. Adquirir las habilidades para la programación - organización de los cuidados en el domicilio
6. Coordinar recursos sociosanitarios del área de salud

Conocimiento, Actitudes y Habilidades

Prioridad I:

- Identificación / diagnóstico *da* los síndromes dolorosos oncológicos
- Identificación /diagnóstico de las complicaciones pulmonares.
- Identificación / diagnóstico de las complicaciones digestivas
- Identificación / diagnóstico de la complicaciones neurológicas
- Identificación / diagnostico de la complicaciones psiquiátrica
- Identificación y derivación si pertinente de las situaciones urgentes
- Reconocimiento de las reacciones psicológicas de adaptación del paciente
- Reconocimiento de las reacciones psicológicas de adaptación de la familia



- Abordaje terapéutico del dolor uso de opiáceos
- Abordaje terapéutico de las complicaciones respiratorias, digestivas, neuropsiquiátricas
- Comunicación con el paciente y familia
- Abordaje diagnóstico terapéutico del proceso de morir en el domicilio
- Abordaje del duelo

Prioridad II:

- Detección de las necesidades del paciente para el cuidado domiciliario
- Detección de la problemática psicosocial para el cuidado en el domicilio
- Utilización de las escalas vigentes para la valoración de los síntomas
- Manejo domiciliario de vías alternativas a la administración oral
- Realización de técnicas terapéuticas en el domicilio (sondaje nasogástrico, paracentesis)

Prioridad III:

- intervención en la comunidad para la mejora de la red de apoyo a los cuidados
- Relación / coordinación con servicios sociales asistenciales

Atención a las situaciones de riesgo familiar y social: personas en exclusión social, Pacientes discapacitados, violencia de género.

Personas en exclusión social

Objetivos:

El residente, al finalizar su periodo de formación, demostrará/será capaz de:

1. Identificar personas en riesgo de exclusión social: inmigrantes, drogadependientes, personas de etnia aborigen, personas con trastornos mentales, etc.
2. Identificar condiciones de pobreza, marginalidad o hacinamiento de la persona excluida socialmente.
3. Manejar los problemas de salud más prevalentes en las personas en exclusión social.
4. Conocer y utilizar de forma coordinada otros recursos comunitarios de carácter social que faciliten la resolución de dificultades de la persona excluida socialmente y que favorezcan su normalización.

Conocimientos, Actitudes y Habilidades

Prioridad I:

- Realizar una historia social integral
- Identificar situaciones de marginalidad, pobreza o hacinamiento.
- Facilitar la accesibilidad del excluido social a la consulta, eliminando barreras.
- Ser capaz de buscar e identificar las enfermedades adquiridas en la comunidad que puede presentar la persona en exclusión social.
- Realizar un manejo diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales que pueda presentar la persona en exclusión social
- Conocer los aspectos socio-culturales que influyen en el concepto salud-enfermedad en la persona en exclusión social.
- Identificar los recursos personales y familiares de la persona en exclusión social.
- Ser capaz de utilizar los recursos sociales existentes en la zona.

Prioridad II:

- Identificar el significado de determinados síntomas que presentan, relacionados con la expresión socio-cultural de su enfermedad-
- Realizar actividades comunitarias con grupos personas en exclusión social de

educación para la salud.



Prioridad III:

- Ser capaz de minimizar las dificultades de comunicación con la persona excluida socialmente
- Ser capaz de entender las emociones y conflictos psicológicos de la persona excluida socialmente
- Conocer y participar en estrategias de captación de personas en exclusión social; técnicas de "out-reach". trabajo con pares/iguales, etc.

El paciente discapacitado
Objetivos:

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, demostrará/será capaz de:

1. Reconocer y diagnosticar las minusvalías físicas y psíquicas más frecuentes.
2. Elaborar un plan específico de tendón a cada paciente discapacitado.
3. Proporcionar a los pacientes discapacitados aquellos cuidados asistenciales previstos para la atención primaria. Atención individualizada.
4. Coordinar la atención al discapacitado con enfermería, rehabilitación, trabajo social, y otros niveles asistenciales e instituciones.
6. Adaptar la gestión y organización del centro de salud a sus características, funcionales (eliminación de barreras arquitectónicas).

Conocimientos y Habilidades

Prioridad I:

- Conocer:
 - El concepto de Minusvalía y Discapacidad
 - Las principales Minusvalías Psíquicas, El síndrome de Down. Oligofrenia.
 - Las principales Minusvalías Sensoriales. Ceguera Total y Parcial- Sordera Total y Parcial.
 - Las principales Minusvalías Motoras. La parálisis cerebral. Amputaciones.
 - Las secuelas de los traumatismos de los accidentes de tráfico.
 - Identificar y establecer una relación de confianza con el cuidador del minusválido.
- Establecer:
 - Un plan de atención a cada uno de estos grupos de discapacitados, incluyendo:
 - Las actividades preventivas, generales y específicas
 - Las actividades asistenciales previstas como cualquier otro paciente
 - Los tratamientos crónicos
 - Rehabilitación
 - Apoyo psicológico y emocional al paciente y los cuidadores
 - Gestiones administrativas e información sobre como conseguir apoyo social, prestaciones económicas, consecución de prótesis, de aparatos y material clínico, y de otro tipo
 - Derivar al paciente minusválido: Con criterios de los niveles asistenciales o instituciones previstas para ello.
 - Organizar la prestación de todos estos cuidados dentro de las actividades habituales del Centro de Salud.
 - Coordinar: Todos estos cuidados con:
 - Enfermería.



- Rehabilitación.
- Trabajo Social.
- Otros niveles asistenciales.
- Otras instituciones.
- Grupos de autoayuda.
- Conocer como debería ser un Centro de Salud libre de barreras arquitectónicas

Prioridad II:

- Conocer la legislación que se refiere a los cuidados de salud al paciente
- Minusválido

Violencia de Genero

Objetivos

El residente, al finalizar su periodo de formación demostrará/será capaz de:

1. Conocer los tipos de maltrato y ser capaz de realizar la detección precoz en la consulta mediante la identificación de situaciones de riesgo, indicios y síntomas de violencia doméstica.
2. Conocer y ser capaz de aplicar las pautas específicas de entrevista clínica ante la sospecha de violencia doméstica.
3. Realizar el diagnóstico de maltrato y de evaluar su magnitud, valorando el riesgo inmediato.
4. Realizar un examen físico y la valoración psicológica (actitudes y estado emocional) y establecer un plan de actuación integral y coordinado.
5. Conocer las pautas de actuación (qué hacer y qué no hacer) ante la atención de una agresión sexual
6. Cumplimentar correctamente el parte de lesiones que se remitirá al juez. Conocer los recursos sociales y sanitarios disponibles, forma de acceso y criterios de derivación.

Conocimientos, Actitudes y Habilidades

Prioridad I:

- Conocer las situaciones de riesgo y vulnerabilidad para ser víctimas de maltrato e identificar indicios y síntomas de violencia doméstica.
- Conocer y ser capaz de aplicar las pautas de entrevista clínica en esta situación (Actitudes y habilidades de comunicación)
- Manejar el diagnóstico de maltrato y evaluación de su magnitud, valorando el riesgo: situación crónica, aguda, riesgo potencial de lesiones y riesgo vital.
- Realizar el examen físico y conocer las particularidades a observar y las actuaciones a evitar en la exploración por agresiones y ser capaz de hacer la valoración psicológica básica (actitudes y estado emocional)
- Informar a la paciente y conocer las actuaciones urgentes a realizar
- Conocer las pautas de actuación ante una agresión sexual
- Cumplimentar correctamente el parte médico de lesiones
- Conocer las posibilidades de prevención de la violencia doméstica en nuestro nivel de atención.
- Ser capaz de establecer un plan de actuación integral y coordinado. (en colaboración con el trabajador social, hospital, servicios sociales).

Prioridad II:



- Conocer los recursos sanitarios , sociales y Judiciales a nuestro alcance , sus formas de acceso y criterios de derivación
- Información y coordinación con el pediatra si la mujer tiene hijos, para la prevención del maltrato infantil

Prioridad III:

- Conocer las repercusión de la violencia doméstica en el ámbito familiar y las posibilidades de intervención familiar
- Conocer cual debe ser nuestra actitud y pautas de actuación con el maltratador

Atención a la familia

Objetivos:

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR. demostrará/será capaz de:

1. Considerar la atención al paciente en su contexto familiar.
2. Conocer la estructura familiar e identificar las crisis de desarrollo por las que atraviesa la familia a lo largo de su ciclo vital.
3. Detectar los problemas psicosociales y brindar asesoramiento familiar anticipatorio.
4. Realizar una evaluación sistemática e intervenir de forma planificada con ocasión de la aparición de problemas familiares.
5. Modificar el sistema familiar: terapia familiar.

Conocimiento, Actitudes y Habilidades

Prioridad I:

- Conocer los factores que intervienen en la génesis de los problemas psicosociales
- Reconocer las diferentes variables que influyen en el proceso de salud/enfermedad.

- Establecer los distintos niveles de atención-
- Identificar la forma en que la familia es fuente de recursos y fuente de problemas.
- Entender a la familia como un sistema y utilizar el modelo sistémico para abordar familias.
- Reconocer la configuración de la estructura familiar
- Incorporar a la práctica clínica herramientas de exploración familiar:
 - Construir e interpretar genogramas
 - Construir mapas familiares
 - Evaluar la función familiar mediante el test del APGAR familiar
 - Manejar la escala de acontecimientos vitales estresantes
 - Identificar y analizar la red social
 - Evaluar las dimensiones de apoyo social
- Conocer el crecimiento y las variantes del desarrollo en cada etapa de la vida para prestar atención médica en la:
 - Lactancia y niñez temprana
 - Edad del juego y edad escolar.
 - Adolescencia.
 - Adulto Joven y adulto maduro.
 - Adulto anciano y anciano/anciano.



- Identificar el momento del ciclo vital familiar para comprobar la adaptación de la familia en la:
 - Formación de la pareja
 - Familias con hijos pequeños
 - Familias con adolescentes
 - Etapa de lanzadera
 - Etapa de nido vacío
- Identificar roles, funciones, reglas y rituales familiares.
- Diseñar estrategias de asesoramiento familiar anticipado.
- Revisar los factores de riesgo planteados por las transiciones de una fase a otra del ciclo vital familiar, y conocer su manejo, en situaciones de:
 - Enfermedad grave y/o crónica
 - Pacientes inmovilizados
 - Agotamiento del cuidador
 - Terminalidad
 - Procesos de duelo
- Establecer una relación a largo plazo con el paciente y su familia.
- Aceptar que las familias son un recurso valioso y una fuente de apoyo para el adecuado tratamiento de la enfermedad.
- Compartir la responsabilidad de la asistencia con el paciente y la familia.
- Tomar conciencia de que nuestros propios valores personales y culturales pueden interferir en la asistencia a pacientes y familiares con diferente sistema de creencias.
- Mostrar respeto incondicional al paciente y su familia como personas y grupo que toma decisiones propias.
- Comprometerse con la forma en que los pacientes y sus familias expresan su sufrimiento.

Prioridad II :

- Conocer el modelo ecológico.
- Evaluar las fronteras exornas de la familia, las fronteras entre subsistemas y las fronteras individuales.
- Identificar quién es el miembro que enferma con más frecuencia.
- Focalizar la atención en el paciente dentro del contexto familiar.
- Interpretar la disfunción individual como sintomática de la disfunción familiar.
- Percibir a la familia como un sistema interaccional.
- Valorar la capacidad del sistema familiar para crear un equilibrio flexible entre estabilidad y cambio
- Comprender los axiomas básicos acerca del proceso de comunicación.
- Considerar comunicación “funcional” dentro de la familia aquella en la que existe una diferencia mínima entre los sentimientos manifestados y los mensajes comunicados.
- Reconocer y percibir la triangulación como una forma anómala de comunicación.
- Favorecer la comunicación directa y asertiva, que permita la negociación y resolución de problemas, entre los diferentes miembros del sistema familiar.
- Promover la expresión de sentimientos que permitan aflorar el conflicto, la confrontación y la disputa.
- Valorar de forma operativa y junto con la familia, los problemas, recursos y planes de actuación
- Colaborar con el paciente y su familia en la identificación de los problemas, detección de los recursos y puesta en marcha de los planes de actuación.
- Construir e interpretar un eco-mapa
- Evaluación de la evolución de los problemas detectados.
- Conducir una entrevista familiar en:
 - Paciente con ansiedad o depresión
 - Difusiones de pareja

- Problemas de comportamiento en niños y dificultades con adolescentes
- Adicciones
- Somatizadores



Prioridad III.

- Asegurar la coordinación y continuidad de la atención a los pacientes y sus familiares que precisen de Terapia Familiar.
- Colaborar con otros profesionales con los que este en tratamiento algún miembro de la familia
- Apoyar a la familia en sus necesidades cuando está recibiendo tratamiento especializado.
- Distinguir entre quejas y demanda de atención médica por parte de la familia.
- Conseguir que los objetivos queden expresados en frases afirmativas que expliquen conductas a seguir
- Identificar los comportamientos de la familia que resulten adecuados para que no se planteen los problemas que se están tratando (excepciones)
- Si no es posible buscar el denominador común de los comportamientos que se hayan realizado hasta la fecha intentando resolver el problema del que se trate (denominadores comunes).
- Elaborar prescripciones orientadas a hacer mas de lo que ya se resuelve el problema para ampliar mejorías.
- Asegurar la coordinación y continuidad de la atención a los pacientes y sus familiares que precisen de Terapia Familiar.
- Conocer como elaborar prescripciones que sean lo mas opuestas posibles al denominador común de las conductas que no solucionaron el problema concreto de la familia hasta la fecha.
- Confeccionar y ser capaz de impartir prescripciones que sean lo mas opuestas posibles al denominador común de las conductas que no solucionaron el problema concreto de la familia hasta la fecha.
- Identificar el modo de cooperación de cada miembro de la familia para adaptar la prescripción y maximizar las probabilidades de que esta se realice

Atención al niño:

Objetivos:

El residente, al finalizar su periodo de formación, demostrará/será capaz de:

1. Abordar, manejar y tratar los principales problemas de salud en la edad pediátrica
2. Utilizar e interpretar los métodos de diagnóstico
3. Manejar la terapéutica en la edad pediátrica
4. Manejar las urgencias pediátricas más frecuentes
5. Conocer el manejo de las actividades preventivas y de los controles periódicos de salud .
6. Realizar el apoyo familiar y psico-social del niño con patologías crónicas

Conocimiento y Habilidades

Prioridad I :

- Orientar y manejar las necesidades y los problemas más frecuentes del lactante: tipo de alimentación más adecuada, ictericia fisiológica, hipo, cura del cordón umbilical, dermatitis del pañal, hernia inguinal o umbilical, ritmo deposicional, espasmos, el lactante febril, regurgitación / vómitos, diarrea, convulsiones
- Manejar, tratar y/o derivar los problemas de salud pediátricos: las infecciones agudas y exantemáticas, el síndrome febril del niño mayor, las parasitosis cutáneas e intestinales, la abdominalgia, la enuresis/encopresis, los trastornos alimentarios y

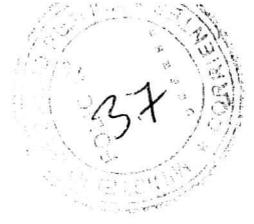
nutricionales, trastornos del comportamiento, cefaleas, astenia, anemia, asma, las convulsiones.

- Valorar y enfocar adecuadamente los problemas de crecimiento físico y psicomotor, modificaciones hormonales de la edad pediátrica, alteraciones ortopédicas, alteraciones visuales. El soplo cardiaco.
- Manejar e interpretar los métodos diagnósticos en pediatría: anamnesis, exploración física, tallímetro, radiología básica, interpretación y ajuste de los datos de laboratorio a la edad, optotipos, conver test, audiometría, podómetro, las gráficas de percentiles de talla y peso.
- Manejar las medidas terapéuticas más habituales y su dosificación.
- Conocer los calendarios vacunales.
- Seguir y valorar periódicamente al niño. Prevención de las drogodependencias (alcohol, tabaco, otras/os)
- Manejar las urgencias pediátricas más frecuentes: convulsiones, dificultad respiratoria, estridor, dolor abdominal, síndrome febril, deshidratación, intoxicaciones.
- Realizar apoyo familiar y psico-social del niño con patología crónica y retraso psico- motor
- Orientar, prevenir y realizar apoyo familiar del paciente pediátrico con VIH (+)

Prioridad II :

- Realizar técnica de punción lumbar.
- Realizar técnicas de sondaje nasogástrico.
- Realizar técnicas de sondaje vesical.





CUARTO AÑO:

Atención a la comunidad

Las dificultades existentes para la correcta formación del Médico Residente en la atención a la comunidad hacen necesario tenerlas presentes y dedicar recursos y esfuerzos específicos para dicha formación. El Residente ha de tomar conciencia de que el buen Médico de Familia no puede limitarse a abordar en la consulta las demandas que se le presentan, sino que ha de atender también las necesidades en salud del conjunto de la población a la que atiende y que las actividades comunitarias como estrategia de promoción de salud forman parte de sus funciones. La formación para la atención comunitaria incluye diversidad de conocimientos y habilidades que parten también de la propia atención individual en la consulta médica. Es necesario hacer ver al Residente los nexos de unión entre la atención individual y comunitaria y los puentes que han de establecerse entre ambas, evitando concebirlas como independientes y no relacionadas. Desde la propia consulta médica el Residente habrá de valorar el contexto comunitario de los pacientes, tanto en el análisis de sus problemas como para las posibles intervenciones, reconociendo las limitaciones de las actuaciones en la propia consulta y los recursos comunitarios que pudieran ser eficaces. Todo ello lleva implícito que cada Médico de Familia tutor de un Residente habrá de implicarse activamente en la formación para la atención a la comunidad, evitando delegar la citada formación en profesionales dedicados específicamente a ello. Para el desarrollo de actividades de intervención y participación comunitaria el Residente habrá de adquirir conocimientos y habilidades que requieren de la colaboración de profesionales específicos. Será fundamental procurar que el Residente adquiera una actitud favorecedora y de colaboración con las organizaciones y recursos comunitarios, encaminada a procurar la capacitación (empowerment) de los ciudadanos y sus organizaciones, haciéndoles partícipes y protagonistas en el cuidado y promoción de su salud.

Objetivos:

El residente, al finalizar su periodo de formación, será capaz de:

1. Prestar una atención individual en la consulta considerando el contexto social y comunitario de los pacientes, tanto en los condicionantes de los problemas como en las posibles intervenciones, así como la efectividad y eficiencia de las actuaciones individuales sobre el nivel de salud de la comunidad.
2. Identificar y priorizar las necesidades y problemas de salud de la comunidad con participación de ésta.
3. Identificar los recursos comunitarios disponibles, conocer su utilidad práctica y favorecer su desarrollo.
4. Priorizar intervenciones y elaborar programas comunitarios con participación de la comunidad.
5. Desarrollar (implementar) programas comunitarios y evaluarlos con participación de la comunidad.
6. Conocer las bases conceptuales de la metodología cualitativa y su aplicación a la práctica de la Atención Primaria.
7. Realizar intervenciones de educación para la salud grupales con metodologías capacitadoras y participativas. Implica el conocimiento de las características del aprendizaje de los adultos y de la dinámica de los procesos grupales.
8. Participar en una adecuada coordinación intersectorial, especialmente con el sector de Servicios sociales.

9. Favorecer y colaborar en actividades de participación real de la comunidad en el cuidado y promoción de la salud, con actitud de escucha activa y de reconocimiento del papel protagonista de los ciudadanos.



Conocimientos y habilidades

Prioridad I:

- Tener presentes los conocimientos demográficos y epidemiológicos en la atención a los pacientes, especialmente con enfermedades crónicas: prevalencia e incidencia, número de casos esperados en la población que se atiende, coberturas de diagnóstico y tratamiento
- Conocer y tener presente la efectividad y eficiencia de la atención sanitaria individual sobre el nivel de salud de la comunidad (morbimortalidad evitada, etc.)
- Tener presentes el medio social y el contexto comunitario en la atención individual en consulta a cada paciente, identificando los condicionantes sociales y comunitarios de los problemas de salud atendidos
- Saber identificar las limitaciones de la consulta médica en la atención a los diferentes problemas de salud de cada paciente y utilizar los recursos comunitarios disponibles que puedan ser de utilidad en cada caso
- Recopilar y presentar datos existentes sobre la comunidad e identificar y priorizar problemas de salud comunitarios, así como conocer y saber utilizar los sistemas de información y los registros para ello
- Estudiar la distribución y determinantes de una necesidad de salud de la comunidad
- Conocer las bases conceptuales y las técnicas de las metodologías e investigación cualitativas, especialmente entrevistas con ciudadanos y técnicas grupales. Diferenciar metodología, método y técnica
- Conocer y participar en métodos cualitativos para la identificación y priorización de necesidades y problemas de salud de la comunidad, así como para implementar y evaluar intervenciones comunitarias: entrevistas, grupos focales, etc.
- Conocer y utilizar las fuentes de información y los métodos para identificar los recursos comunitarios disponibles para la promoción y cuidado de la salud y recabar la información de utilidad de cada uno de ellos
- Realizar un análisis crítico de un programa de salud existente y la metodología seguida en su elaboración, aportando opiniones sobre sus aspectos positivos y negativos y proponiendo alternativas de mejora
- Participar activamente en actividades de algún programa de salud comunitario existente, realizando un análisis crítico de su desarrollo
- Realizar un análisis crítico del método y resultados de la evaluación de un programa de salud comunitario, proponiendo alternativas de mejora
- Participar en intervenciones grupales de educación para la salud con metodologías capacitadoras y participativas, en colaboración con otros profesionales no médicos (enfermería, trabajo social u otros)
- Participar activamente en actividades de coordinación con la trabajadora social del Centro de Salud y/o con Servicios Sociales
- Adquirir una actitud de escucha activa hacia los ciudadanos y organizaciones sociales y ciudadanas de la comunidad, favoreciendo su capacitación, protagonismo y participación activa en el cuidado y mantenimiento de su salud (empowerment)
- Reconocer las diferentes posibilidades de actuación comunitaria según el entorno social. Valorar las diferentes posibilidades de acción comunitaria en el medio urbano y rural

Prioridad II:

- Participar de forma activa en la realización de una aproximación al estado de salud de una comunidad, mediante métodos cuantitativos y cualitativos, con participación activa de la comunidad (informadores clave, representantes de asociaciones ciudadanas, profesionales de



otras instituciones), con un enfoque realista y eficiente y llegando a conclusiones realmente útiles para las intervenciones en un Centro de Salud

- Coordinar grupos focales interprofesionales y con ciudadanos, analizando la información obtenida, llegando a conclusiones fiables
- Elaborar un programa de salud comunitario o mejorar uno ya elaborado y evaluado
- Realizar la evaluación de un programa de salud o parte del mismo, llegando a conclusiones prácticas y propuestas concretas de mejora
- Aplicar en un supuesto práctico o en situación real alguna técnica grupal de investigación cualitativa
- Participar activamente en actividades de coordinación intersectorial
- Participar activamente en actividades de participación comunitaria en un Centro de Salud con una actitud de escucha activa y de reconocimiento del protagonismo y responsabilidad de los ciudadanos en la promoción y cuidado de su salud

Prioridad III:

- Diseñar y coordinar la realización de una aproximación al estado de salud de una comunidad, mediante métodos cuantitativos y cualitativos, con participación activa de la comunidad (informadores clave, representantes de asociaciones ciudadanas, profesionales de otras instituciones) con un enfoque realista y eficiente y llegando a conclusiones realmente útiles para las intervenciones en un Centro de Salud
- Realizar con metodología cualitativa algún trabajo o proyecto de investigación sobre aspectos relacionados con la salud comunitaria o con la evaluación de los servicios sanitarios desde la perspectiva de la población
- Diseñar y coordinar intervenciones grupales de educación para la salud grupal, con metodologías capacitadoras y participativas
- Coordinar un plan para el inicio y desarrollo de un proceso de coordinación intersectorial para la promoción de salud en una comunidad
- Coordinar un plan para el inicio y desarrollo de un proceso de participación comunitaria continuada en un Centro de Salud

Atención a la mujer: actividades preventivas en la mujer y atención en el embarazo

Objetivos:

El residente, al finalizar su periodo de formación, demostrará/será capaz de:

1. Saber realizar el seguimiento del embarazo de bajo riesgo obstétrico.
2. Conocer y manejar la morbilidad del Puerperio. Conocer los contenidos y utilidad de la Educación Maternal.
3. Dar consejo contraceptivo. Manejar los anticonceptivos hormonales, intrauterinos y de barrera.
4. Conocer y manejar las técnicas de detección del cáncer de cérvix y de mama, y signos de alarma de cáncer de endometrio y ovario.
5. Adquirir habilidad en la realización de las exploraciones básicas gineco-obstétricas.
6. Abordar los problemas de salud relacionados con el climaterio.
7. Atender las mujeres con los motivos de consultas más frecuentes en el área gineco-obstétrica.

Conocimientos y habilidades

Prioridad I:

- Embarazo
- Conocer y manejar las actividades que se realizan en un embarazo de bajo riesgo obstétrico.



ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES	
PRIORIDAD I	
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento del concepto de calidad y los distintos componentes que la integran (eficacia, efectividad, eficiencia, equidad, viabilidad: satisfacción del cliente/usuario, calidad científico-técnica y motivación de los profesionales) 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento del ciclo de la calidad y sus distintos pasos 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de los instrumentos cuantitativos y cualitativos simples para la detección de situaciones mejorables 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento y aplicación de las Normas de Calidad establecidas por las Sociedades Profesionales, los grupos de consenso, o la propia institución, referidas a los procesos asistenciales de mayor prevalencia en la práctica clínica 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de los aspectos de la atención sanitaria que valora el cliente: la capacidad de respuesta, la fiabilidad, los elementos tangibles, la empatía, la profesionalidad, la continuidad 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de los aspectos de la atención sanitaria que valora el profesional: prevención del burn-out 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Actitud positiva hacia la evaluación y el conocimiento del error como método de mejora 	PRIMARIO
PRIORIDAD II	
<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de los instrumentos para el análisis de causas y análisis de soluciones 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de los instrumentos y metodología para la evaluación de resultados en mejora de calidad 	PRIMARIO/SECUNDARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de cómo realizar la implantación de un plan de mejora en un EAP: la comisión de calidad, los equipos de mejora, inicio de las actividades 	PRIMARIO/SECUNDARIO
PRIORIDAD III	
<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de los instrumentos complejos para la detección de situaciones mejorables: Conocer y aplicar las principales técnicas grupales (brainstorming, grupo nominal, grupos focales) y estadísticas (diagrama de Pareto, diagrama de causa-efecto) para la realización de Planes de Mejora. 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de criterios o normas de calidad referidos a la estructura, el proceso o los resultados de la práctica clínica, a partir de las evidencias científicas. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación y documentación de los procesos asistenciales, elaborando guías de práctica clínica basadas en la evidencia. 	PRIMARIO/SECUNDARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Selección de indicadores y establecimiento de un sistema de seguimiento y monitorización de los procesos y de los resultados de la unidad. 	(la mayoría de instrumentos)
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento y aplicación de las principales herramientas para el control y mejora de los procesos (estandarización, gráficas de control de procesos). 	
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración y puesta en marcha de un plan de auditorías internas para verificar el cumplimiento de las normas o criterios de calidad. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración y puesta en marcha de Planes de Mejora de la calidad. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Conocer los diferentes sistemas de autorización, acreditación y certificación de los servicios sanitarios. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Conocer y participar en la realización de métodos de autoevaluación global y sistemática de la organización, basados en el modelo europeo de excelencia. 	TERCIARIO(algún instrumento de alta complejidad)

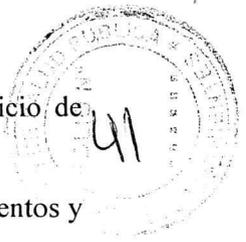
ÁREA: LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN: LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

SUBÁREA 6: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL Y MÉDICO LEGAL

OBJETIVOS

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, demostrará/será capaz de:

1. Conocer la legislación relativa a su puesto de trabajo y categoría profesional.



2. Conocer la estructura (organigrama) y funciones de los diferentes niveles del servicio de salud para el que trabaja.
3. Conocer la normativa médico-legal relacionada con la Incapacidad Temporal.
4. Conocer la legislación y procedimientos relacionados con la prescripción de medicamentos y accesorios
5. Conocer y mostrarse competente en el manejo de todas las situaciones y en la cumplimentación de todos los modelos de informe relacionados con la Justicia.
6. Conocer sus obligaciones en relación con la solicitud de certificados por parte de los pacientes.
7. Conocer y mantenerse actualizado sobre las más importantes declaraciones y códigos deontológicos relacionados con la profesión.
8. Conocer y aplicar la normativa sobre Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO).

El nivel de responsabilidad de todas las actividades en relación con la responsabilidad profesional es primario

<u>ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD</u>	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<p>CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES PRIORIDAD I</p> <ul style="list-style-type: none">• Conocer la legislación relativa a su puesto de trabajo, tanto la aplicable de nivel internacional, nacional, como de su comunidad autónoma• Conocer la legislación relativa al aborto y a la eutanasia en nuestro país• Conocer la estructura (organigrama) y funciones de los diferentes niveles del servicio de salud para el que trabaja• Conocer hasta donde llegan sus obligaciones y derechos, así como las del resto de los compañeros del equipo o del segundo nivel• Conocer la normativa médico-legal relacionada con la Incapacidad Temporal (IT) y/o accidente laboral o enfermedad profesional. Se mantendrá diestro en el manejo de todos los documentos necesarios en cualquiera de las fases• Conocer las entidades y organismos relacionados con la IT• Conocer las repercusiones económicas de sus decisiones sobre IT• Conocer la legislación y procedimientos relacionados con la prescripción de medicamentos (diferentes tipos de recetas: de la SS, de compañías aseguradoras, privadas, receta de estupefacientes), fórmulas, accesorios (medias elásticas), oxigenoterapia, material fungible (sondas) y uso de vehículos (ambulancias)• Conocer la cantidad de envases que pueden prescribirse por receta, productos que precisan visado (pañales, tiras reactivas, alimentación enteral, otros)• Conocer y mostrarse competente en el manejo de las situaciones y en la cumplimentación de todos los modelos de informe relacionados con la justicia: certificados de nacimiento, de defunción, actitud ante la sospecha de muerte no natural, partes de lesiones, partes de estado, partes ante la sospecha de malos tratos a mujeres o a menores, partes ante la sospecha de violación o abusos sexuales, traslado y recepción de cadáveres, informes a petición del juez.• Conocer y aplicar la normativa sobre Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO).• Conocer sus obligaciones en relación con la solicitud de certificados por parte de los pacientes (certificado médico ordinario –validez de los posibles formularios- , de haber estado en la consulta, para el colegio, informes para balnearios, para viajes del INSERSO, para ingreso en residencia, certificados para el permiso de conducir, de armas, de cazador, para deportistas federados y no federados).• Conocer sus obligaciones ante solicitud de certificados improcedentes: certificados de virginidad, solicitud de falsificación en algunos términos de los certificados	

(fecha, diagnóstico), informes solicitados por el empresario.

PRIORIDAD II

- . Mostrarse competente para estudiar un brote epidémico.
- . Mostrar una actitud favorable a la actualización permanente sobre los cambios que la normativa sobre IT suele sufrir.
- . Mantenerse informado sobre la mejor actitud ante situaciones de agresión por parte de algún paciente.

PRIORIDAD III

- . Conocer la Declaración Universal de los Derechos del Hombre y el Código Deontológico del Consejo General de Colegios de Médicos.

** En esta ficha se elimina la columna de nivel de responsabilidad por considerarse en todos los casos primario*

METODOLOGÍA DOCENTE

Los distintos objetivos de este área, se trabajarán a lo largo de todos los años de residencia, pero muy especialmente el primer y último año. La metodología docente básica es el **trabajo en las consultas** con los tutores, en especial los de medicina de familia y urgencias, comentando casos y situaciones, estudiándolos y presentándolos, sin olvidar el estudio individual. Se recomienda que la **formación teórico-práctica** se planifique en tres niveles: *introducción* en el primer año, que continuaría durante el segundo y tercer año con *gestión clínica, sistemas de información, trabajo en equipo, responsabilidad profesional* culminando durante el cuarto con un taller práctico sobre *gestión de la calidad*.

Esta formación teórico-práctica debería estar íntimamente relacionada con la de razonamiento clínico, la de epidemiología clínica y la de medicina y gestión basada en la evidencia; considerándose muy importante abordar de forma conjunta estos apartados, o al menos hacerlo de forma coordinada.

Se recomiendan como métodos:

A) Autoaprendizaje

- . Análisis bibliográfico de la variabilidad de la práctica médica y en el Centro de Salud y/o Urgencias en relación con algún motivo de consulta frecuente.
- . Estudio individual.

B) Aprendizaje de campo

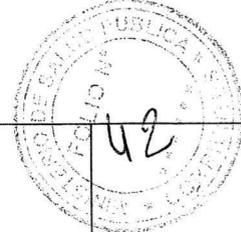
- . Trabajo con el tutor en consulta.

C) Cursos

- . Introducción a la gestión clínica, al trabajo en equipo, a la gestión y organización de la actividad, a los sistemas de información, gestión de la calidad y responsabilidad profesional. Puede ser incluido en el Seminario de la Práctica en Medicina de Familia a desarrollar durante la estancia inicial en el Centro de Salud (R1).
- . Seminario de gestión clínica, de trabajo en equipo, de gestión y organización de la actividad (R2-R3) y de gestión basada en la evidencia (R2).
- . Curso de autoevaluación aplicando el modelo europeo de excelencia.

D) Trabajo grupal

- . Trabajo de grupo sobre la toma de decisiones de los médicos.
- . Valoración sobre casos reales durante las sesiones de revisión de historias (utilización de pruebas diagnósticas, prescripción, IT...)
- . Experiencias reales de desarrollo de estudios de evaluación de la práctica clínica y de utilización de medicamentos
- . Sesiones teóricas y experiencias reales de trabajo en equipo, de análisis, organización y gestión de la actividad, diseño de circuitos y de agendas de la actividad en el Centro de



Salud, del manejo de la presión y de la frecuentación asistencial. Experiencia real de manejo de algún paciente hiperfrecuentador. U3

- . Trabajo grupal analizando de forma secuencial, y en ejemplos reales, las distintas etapas del ciclo evaluativo de la calidad tanto de ámbito clínico como no clínico: Identificación de 10 procesos relevantes en la unidad o equipo.
- . Participación en un equipo de mejora y en la realización de un plan de mejora, incorporación a grupos de evaluación o auditorías, auditoría de historias clínicas, trabajo de campo en proyectos de mejora, participación en grupos focales y participación en el plan de calidad del centro.
- . Participación en la elaboración de una guía de práctica clínica.
- . Asistencia a Consejos de Gestión o de Dirección.
- . Participación en las reuniones de equipo.

E) Talleres

- . Taller práctico sobre consulta informatizada (R3).
- . Taller práctico sobre gestión clínica (R2-R3).
- . Taller práctico sobre gestión de la calidad (R4).

LUGAR DE APRENDIZAJE RECOMENDADO

El aprendizaje teórico y el entrenamiento en habilidades de gestión de la atención se debe realizar en aulas aptas para el trabajo en grupos pequeños y equipadas con material suficiente: rotafolios, pizarra, retroproyector, vídeo-proyector, cámara de grabación portátil y reproductor de vídeo y monitor de televisión.

La supervisión del estilo y técnicas de gestión de la atención se debe realizar en los lugares de trabajo del residente. Se recomiendan:

- . Centro de Salud para las seis áreas
- . Asistencia a las reuniones de la comisión de calidad de la organización
- . Visitas a centros de salud u organizaciones líderes en su sector
- . Rotaciones con el coordinador de calidad del centro o área sanitaria

TIEMPO DE APRENDIZAJE RECOMENDADO

Se recomienda que el aprendizaje en gestión de la atención comience al inicio de la residencia y se prolongue a lo largo de toda la formación. Se recomienda un esfuerzo especial en los periodos de formación que se desarrollan en el Centro de Salud.

La formación teórico-práctica se adaptará en cada Unidad Docente pero se recomienda al menos un mínimo de 30 horas a lo largo de los cuatro años.

Talleres sobre la gestión de la atención:

Objetivos:

El residente al finalizar su periodo de formación, demostrara / será capaz de:

1. Aplicar la gestión clínica y sus elementos prácticos
2. Aplicar la medicina basada en la evidencia como instrumento para la gestión clínica
3. Aplicar la gestión clínica centrada en el paciente
4. Valorar el nivel de resolución de problemas, y actuar sobre él
5. Manejar la evolución de la practica clínica y saber aplicar los distintos instrumentos de evaluación
6. Valorar la utilidad de las pruebas complementarias y saber aplicarlas en la practica clínica
7. Realizar una prescripción farmacéutica racional
8. Manejar la IT en el marco de la consulta medica

CLASES DE GESTION DE LA ATENCIÓN

Gestión de la atención.
La gestión clínica, el trabajo en equipo
La gestión y organización de la actividad
Los sistemas de información
La gestión de la calidad
La responsabilidad civil y médico-legal



SEGUNDO AÑO:

Taller sobre Razonamiento clínico

Objetivos:

El residente al finalizar su periodo de formación, demostrara/sera capaz de:

1. Conocer los *fundamentos* y *características* de la toma de decisiones en Atención Primaria
2. *Aplicar los principios* del razonamiento clínico y toma de decisiones a los problemas presentados en la consulta del medico de familia
3. Saber manejar en la practica las características definitorias de las *pruebas diagnosticas*
4. Elaborar un *pronostico* de la enfermedad
5. Decidir un *plan de actuación* adecuado al problema presentado y las características del paciente
6. Conseguir una *adecuada adherencia* al plan de actuación acordado

Conocimientos, Actitudes y Habilidades

- 1. Conocer los *fundamentos* y *características de la toma de decisiones en Atención Primaria*
 - Diferenciar las características especiales de la toma de decisiones en Medicina de Familia: gran accesibilidad, enfermedad indiferenciada y/o en sus primeras etapas, falta de organización en la presentación de la enfermedad, incertidumbres sobre la importancia del problema, longitudinalidad
 - Considerar la incertidumbre como inherente al proceso de toma de decisiones
 - Conocer los distintos modelos de toma de decisiones (inductivo, hipotético-deductivo, reconocimiento de patrón)
 - Analizar como influyen en la toma de decisiones en Medicina de Familia las características definitorias de la practica en Atención Primaria



- Estudiar la variabilidad de la practica clínica y asumirla como indicativas de posibles problemas de calidad
- 2. Aplicar los principios del razonamiento clínico a los problemas presentados a la consulta del medico de familia
- Valorar la importancia de utilizar de forma habitual las etapas previas del proceso diagnostico: descartar patología grave, analizar porque acude en este momento, descubrir el significado de los síntomas para el paciente y si existe algún otro factor presente
 - Incluir de forma rutinaria en la practica las distintas etapas del proceso diagnostico: presentación de síntomas, formación temprana de hipótesis, diagnostico diferencial, diagnostico de la enfermedad, explicación de la enfermedad
 - Identificar los problemas del paciente y orientar posibles hipótesis que describan y expliquen su realidad
 - Decidir que exploración realizar y con que objetivos
 - Utilizar guías de practica clínica para la atención de problemas importantes, ya sea por su frecuencia o por su trascendencia
 - Interpretar la dolencia en términos de su propio contexto medico, incluyendo en el razonamiento clínico las expectativas y preocupaciones del paciente y las repercusiones del problema en su vida
 - Relacionar la investigación de síntomas con el clima de la entrevista, las técnicas comunicacionales (en especial, de apoyo narrativo) y el enfoque centrado en el paciente
 - Considerar el examen clínico como una herramienta mas eficaz que la evaluación de laboratorio en el proceso diagnostico
 - Reconocer los limites de su competencia y responsabilidad, identificando las situaciones clínicas que requieren ser consultadas y/o derivadas al segundo nivel

Prioridad II:

- Considerar los errores en la formación temprana de hipótesis, en especial el control precoz de la entrevista y el fenómeno llamado “anclaje”, así como no clasificar la información confusa y no evaluar la fiabilidad de la información del paciente
- Conocer las fuentes de variabilidad en la observación clínica y utilizar los distintos métodos para reducirla, en especial la estandarización de los procedimientos de observación y calibración o validación de los instrumentos
- Diferenciar los valores predictivos de pruebas y síntomas de acuerdo a la prevalencia de los procesos
- Considerar la rentabilidad y eficiencia en el proceso diagnostico
- Manejar la incertidumbre a la hora de tomar decisiones, empleando diferentes valores de probabilidad para confirmar o rechazar una hipótesis
- Desarrollar guías de practica clínicas

➤ 3. Saber manejar en la practica características defnitorias de las pruebas diagnosticas

Prioridad I:

- Conocer las características de las pruebas diagnosticas: sensibilidad, especificidad, valores predictivos y razones de probabilidad
- Reconocer como afectan a la sensibilidad y especificidad las características de los procesos morbosos en Atención Primaria
- Aplicar las características de las pruebas a los síntomas y signos: probabilidad condicional dados unos síntomas

Prioridad II:



- Conocer y emplear el análisis de decisiones en la resolución de determinados problemas clínicos, utilizando árboles de decisión y aplicándoles el análisis de sensibilidad, los conceptos de utilidad, umbral de la prueba, etc.
- Conocer los posibles efectos secundarios de añadir una prueba más: redundancia, efecto cascada, etc.
- Conocer los fundamentos teóricos de las curvas de característica operacionales (ROC)
- Analizar en guías de práctica clínica las características de las pruebas utilizadas, así como las probabilidades preprueba y postprueba

➤ 4. Elaborar un pronóstico de la enfermedad

Prioridad I:

- Analizar como influye en la elaboración del pronóstico las características especiales de la toma de decisiones en Medicina de Familia, en especial la enfermedad indiferenciada y/o en sus primeras etapas, la falta de organización en la presentación de la enfermedad, el desconocimiento de la importancia del problema
- Elaborar un pronóstico, diferenciando historia natural y curso clínico de la enfermedad

Prioridad II:

- Conocer las características de los estudios pronósticos, valorando su idoneidad en los problemas presentados en Atención Primaria
- Utilizar la longitudinalidad y la continuidad de cuidados como un valor añadido en la elaboración del pronóstico

➤ 5. Decidir un plan de actuación adecuado al problema presentado y las características del paciente

Prioridad I:

- Considerar las distintas opciones del plan de actuación: derivación, nuevas pruebas, espera, terapéutica, etc.
- Identificar el objetivo último del tratamiento: curación, prevenir una recidiva, limitar el deterioro estructural o funcional, prevenir complicaciones posteriores, remediar la molestia actual, brindar seguridad, dejar morir con dignidad
- Considerar, al seleccionar el tratamiento y sus objetivos, la enfermedad, el síndrome y la situación social, psicológica y económica en que se halla el paciente
- Explicar claramente y acordar con el paciente y su familia las medidas diagnósticas y de intervención a adoptar
- Considerar la importancia de prevenir las RAM (reacciones adversas a medicamentos) así como de su seguimiento (fármaco vigilancia)

Prioridad II:

- Conocer los principios que sustentan la valoración de la eficacia de un procedimiento terapéutico
- Interpretar los resultados de la valoración de la eficacia de un procedimiento terapéutico diferenciando significación estadística y relevancia clínica de los resultados publicados
- Conocer y manejar los conceptos de reducción de riesgo relativo, número necesario a tratar (NNT)
- Valorar la aplicabilidad en la práctica cotidiana de los resultados publicados en ensayos clínicos y meta-análisis
- Analizar en guías de práctica clínica las intervenciones propuestas, su factibilidad y eficacia

➤ 6. Conseguir una adecuada adherencia al plan de actuación acordado

Prioridad I:

- Conocer los factores relacionados con el cumplimiento; derivados del médico, el paciente, de la enfermedad, indicación terapéutica, ambiente y estructura sanitaria
- Considerar la adherencia al tratamiento como objetivo primordial y tarea básica del médico
- Utilizar las distintas estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento
- Prioridad
- Conocer y utilizar los distintos métodos de valoración del cumplimiento

Atención del Individuo

Área: Problemas de Cara-Nariz-Boca-Garganta y Oídos

prioridad I:

- Conocer y aplicar las actividades preventivas de:
 - Cáncer oro faríngeo
 - Deterioro de la audición: anciano, trabajador
- Manejo diagnóstico y terapéutico de:
 - Otolgia y otitis
 - Hipoacusia
 - Trastornos de la voz
 - Parálisis facial periférica
 - Obstrucción nasal
 - Trastornos del gusto y del olfato
 - Acúfenos
 - Síndrome vertiginoso
 - Insuficiencia respiratoria nasal
- Manejo diagnóstico y control evolutivo de:
 - Tumores otorrinolaringológicos
- Saber hacer:
 - Anamnesis y exploración física otorrinológica
 - Otoscopia
 - Extracción de tapón de cerumen
 - Acumetría: Test Rinne y Weber
 - Taponamiento nasal anterior
 - Rinoscopia anterior
 - Laringoscopia indirecta
 - Rehabilitación vestibular
- Conocer las indicaciones y saber interpretar:
 - Radiología simple de la zona
- Manejo del paciente en situación de urgencia:
 - Epistaxis
 - Traumatismo ótico: otohematoma, perforación timpánica
 - Cuerpo extraño: fosas nasales, oído, laringe, esófago
- Abordaje familiar y psicosocial de:
 - Paciente traqueotomizado

prioridad II:

- Saber interpretar:
 - Audiometría
- Manejo terapéutico de:



- Paciente traqueotomizado
- Abordaje familiar y psicosocial de:
 - Paciente con hipoacusia (“cómo hablar al paciente”)

Área: Problemas de los ojos

Prioridad I:

- Conocer y aplicar, si preciso, las recomendaciones de los grupos de expertos nacionales e internacionales sobre las actividades preventivas de la pérdida de agudeza visual en niños, pacientes con antecedentes familiares de glaucoma, pacientes hipertensos y diabéticos, pacientes con miopía grave
- Manejo diagnóstico de los siguientes problemas:
 - Ojo rojo
 - Ojo lloroso/seco
 - Disminución de la agudeza visual
 - Moscas volantes
 - Alteración de la estática ocular
 - Dolor ocular
- Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de:
 - Alteraciones del polo anterior: conjuntivitis aguda, hiposfagma, pterigión, pinguécula, erosión corneal, cataratas
 - Alteraciones palpebrales: orzuelo, chalazión, blefaritis, triquiasis, entropión y ectropión
 - Glaucoma crónico
- Manejo diagnóstico y control evolutivo de:
 - Neuritis óptica
 - Patología vascular retiniana
 - Retinopatía hipertensiva /diabética
 - Tumores oculares
- Saber hacer:
 - Exploración con optotipos
 - Exploración con oftalmoscopio directo
- Manejo del paciente en situación de urgencia:
 - Pérdida brusca de la agudeza visual: oclusión arteria central de la retina, hemorragia vítrea, desprendimiento de retina
 - Perforación ocular/cuerpo extraño enclavado
 - Traumatismo ocular físico/químico
 - Glaucoma agudo
 - Herpes zoster oftálmico
- Abordaje familiar y psicosocial del paciente invidente o con graves alteraciones de la agudeza visual

Prioridad II:

-
- Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de:
 - Alteraciones de los medios transparentes: úlcera corneal, queratitis, iridociclitis, opacidades vítreas, malformaciones congénitas del polo anterior
 - Epiescleritis y escleritis
 - Uveítis anterior

Área: Conductas de riesgo adictivo



- Valorar adecuadamente la presencia de factores de riesgo que requieren atención especial, por el medico de familia o en el segundo nivel
- Detectar y actuar sobre los factores de riesgo psico-social
- Conocer e informar de las técnicas diagnosticas de mal formaciones fetales (screening bioquímico, biopsia corial, amniocentesis)
- Conocer los principales riesgos teratogenos (fármacos, agentes físicos, agentes infecciosos, tóxicos)
- Conocer los contenidos de la atención preconcepcional
- Conocer el manejo de fármacos en el embarazo y puerperio
- Realizar correctamente la auscultacion de latidos fetales, medición de altura uterina y terminación de la presencia fetal
- Puerperio
- Conocer y manejar la movilidad mas frecuente del puerperio
- Apoyar la lactancia materna
- Anticoncepción
- Manejar los métodos anticonceptivos hormonales (indicación, seguimiento y contra indicaciones)
- Manejar la anticoncepción intra uterina (indicación, seguimiento y retirada del DIU)
- Manejar la anti concepción farmacológica de emergencia
- Manejar los métodos de barrera (técnica adecuada de uso de los preservativos).
- Adiestramiento en el manejo del diafragma
- Asesorar sobre las vasectomías y ligadura tubarica
- Asesorar sobre la interrupción voluntaria del embarazo
- Procedimientos básicos gineco-obstétricos
- Manejar adecuadamente la entrevista clínica gineco-obstetricia
- Adquirir habilidad en la realización en tactos vaginales
- Conocer y realizar la exploración mamaria
- Saber interpretar una mamografía
- Realizar citologías cervico-vaginales para la detección de cáncer de cervix
- Saber interpretar los resultados de una citología cervico-vaginal
- Climaterio
- Manejar los síntomas del climaterio: alteraciones del ciclo, sofocos, sequedad vaginal.
- Prevención de osteoporosis en las mujeres con riesgos
- Conocer y manejar el tratamiento hormonal sustitutivo en el climaterio
- Motivos de consultas prevalentes
- Diagnosticar y tratar las vulvovaginitis
- Manejar los trastornos del ciclo menstrual (dismenorrea, hiper-polimenorrea, síndrome pre-menstrual)
- Diagnosticar cambios de posición de los genitales (prolapsos)
- Manejar y tratar médicamente la incontinencia urinaria
- Abordaje inicial de la pareja estéril

Prioridad II:

- Conocer la información que se debe ofertar a las mujeres con patologías crónicas frecuentes (HTA, diabetes, asma, epilepsia, alteraciones del tiroides) en tratamiento, cuando manifiestan deseos de gestación
- Conocer los contenidos de la educación maternal
- Manejar la patología cervicovaginal no neoplásica
- Manejar la realización –interpretación de frescosvaginales, con microscopio óptico, para diagnostico de las vulvovaginitis mas frecuentes

Prioridad III:

- Inserción del DIU

- Maneja la ecografía oftétrica nivel I (biometría fetal y ecografía básica del primer trimestre)
- Manejar la ecografía ginecológica básica
- Atender un parto eutocico



DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.

Docencia:

Es recomendable que exista un programa de formación continuada en el Centro de Salud, que incluya objetivos, actividades formativas, metodología docente y evaluación.

El personal del Equipo deberá participar activamente en el Programa de Formación Continuada, manteniéndose una actividad regular de sesiones clínicas, bibliográficas, de Medicina Comunitaria, con otros especialistas, cursos de reciclaje, etc. en el Centro de Salud.

El número mínimo de sesiones mensuales realizadas no deberá ser inferior a 8, debiendo estar programadas, al menos, con periodicidad mensual.

Es deseable que el Centro colabore en la formación pregraduada de Medicina y Enfermería (y Trabajo Social en su caso).

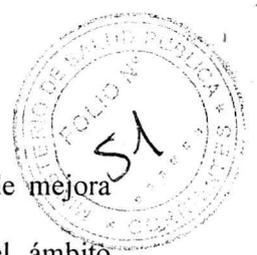
Investigación:

El Centro de Salud deberá tener actividad investigadora suficiente, incluyendo líneas de investigación, proyectos, trabajos, comunicaciones, artículos publicados,...

El Centro debe poder ofertar tutorización activa de trabajos de investigación, de al menos 1/año/residente.

Es deseable disponer de líneas de investigación.

Objetivos:



El residente, al finalizar su periodo de formación será capaz de :

1. Conocer los sistemas de investigación de déficits formativos y oportunidades de mejora competencial
2. Conocer y manejar las fuentes de formación e información habituales en el ámbito profesional.
3. Ser capaz de elaborar un plan formativo individualizado orientado a la mejora competencial.
4. Adiestrarse en las habilidades básicas en la transmisión de conocimientos y como docente.

Conocimientos, Actitudes y Habilidades

Prioridad I:

- Realizar un análisis crítico de progreso formativo y del aprovechamiento de los planes formativos durante la residencia.
- Realizar un análisis crítico de las ofertas Formativas respecto a su idoneidad y calidad.
- Conocer los diferentes enfoques de metodología docente para la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes profesionales,

Prioridad II:

- Realizar actividades de mejora comunicacional en transmisión de conocimientos.
- Impartir sesiones clínicas de calidad contrastada.
- Presentar comunicaciones médicas en foros de investigación.

Prioridad III

- Participar en la elaboración del Programa Formativo de la Unidad Docente.
- Actuar como docente en actividades formativas programadas por la Unidad Docente.



SISTEMA DE INGRESO AL PROGRAMA:

Los aspirantes a ingresar a este sistema de capacitación, accederán al mismo por orden de mérito, a través de un Concurso Unificado de Médicos Residentes organizado por el Departamento de Graduados de la Facultad de Medicina.

Dicho concurso establece un puntaje de acuerdo a:

- Promedio de calificaciones de la facultad (11 puntos)
- Antecedentes curriculares (puntos), docencia universitaria, experiencia asistencial continua de postgrado, becas, cursos de pre y postgrado, publicaciones, pasantía rural, internado rotatorio y región de procedencia.
- Examen escrito (10 puntos), modalidad de elección múltiple



RECURSOS HUMANOS Y MARCO INSTITUCIONAL

El programa estará a cargo del Profesor Titular de la Cátedra que además se desempeña como Jefe del Departamento de Medicina del Hospital y sus funciones serán:

- a) Confeccionar el programa de la residencia.
- b) Controlar y arbitrar los medios para que éste se cumpla.
- c) Elevar anualmente un informe a la Dirección de Docencia según normativas emanadas de ésta.
- d) Supervisar estrictamente el cumplimiento de esta reglamentación.

Su actividad será completada por un Instructor en Medicina Familiar cuyas funciones serán:

- a) organización y supervisión directa de las tareas asistenciales y de las clases y talleres establecidos en el programa
- b) organizar y supervisar las rotaciones que contempla el programa
- c) evaluar a los residentes con los otros docentes del programa

El programa también contempla docentes responsables:

- a) área de atención primaria urbana
- b) área de urgencias
- c) área de atención primaria del interior de la provincia
- d) área de atención al niño
- e) área de atención a la mujer
- f) área de atención en salud mental
- g) área de atención en gestión de la salud
- h) área de Medicina Basada en la Evidencia

Las funciones de dichos docentes serán:

- a) supervisar el logro de los objetivos en cada una de las áreas respectivas del programa.
- b) Organizar y supervisar las actividades asistenciales cuando así corresponde
- c) Participar en la evaluación de los residentes

El programa se realizará en el Hospital Escuela de la Facultad de Medicina, en el servicio de Obstetricia del Hospital Vidal, en el Hospital de niños Juan Pablo II de la ciudad de

Corrientes, en un centro de atención primaria de la capital y en hospitales del interior de la provincia. Hospital de Virasoro y de Esquina.



EVALUACIÓN:

Evaluación Por Objetivos

La evaluación de los médicos residentes que participan del programa de capacitación será permanente y del logro de los objetivos propuestos en la programación de cada ciclo.

Semestralmente se hará una evaluación de los logros por objetivos por el Profesor a cargo del programa, por el Instructor del programa y por el docente del area respectiva. El logro de cada objetivo será calificado como muy bueno, bueno, regular o mal.

Evaluación de Conocimientos Adquiridos

Anualmente serán evaluados por un examen escrito con respuestas de opciones múltiples con preguntas sobre contenidos de Medicina Interna adquiridos en el trabajo en campo

Las rotaciones por las raes de atención primaria serán evaluadas por sistema de portfolios

Para continuar al ciclo inmediato superior del programa el residente deberá tener un promedio de bueno o muy bueno de la evaluación de los dos semestres de los objetivos propuestos para ese ciclo, con el aval del Director de la Residencia acorde a las normas de evaluación y promoción de los respectivos programas. A tal efecto, éste deberá elevar periódicamente a la Dirección de Docencia e Investigación el resultado de dichas evaluaciones, eventuales sanciones disciplinarias y cualquier otra información pertinente, que serán archivadas en el legajo del residente.

Evaluación Final

Se hará el finalizar el 4to ciclo por los mismos responsables de las evaluaciones previas y consistirá en un análisis de las evaluaciones por objetivos y del trabajo de investigación clínica o epidemiológica oportunamente presentado o publicado.

La aprobación de esta evaluación lo habilitará para la obtención del título a otorgar.

No será promovido y/o el nombramiento caducará para aquel residente que:

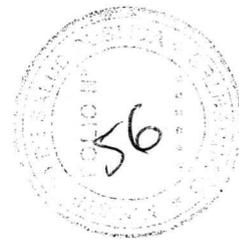
- a) no haya aprobado las evaluaciones correspondientes
- b) tenga más de 10 (diez) inasistencias injustificadas en el año
- c) evidencie incumplimiento de las normas éticas y deberes de los profesionales del hospital
- d) evidencie desinterés manifiesto y falta de responsabilidad en sus obligaciones asistenciales y docentes.

Bibliografía del presente programa:

1. Programa de la Especialidad Medicina Familiar y comunitaria de la Sociedad Española de medicina Familiar y Comunitaria.

2. WONCA EUROPE (The European Society of General Practice / Family Medicine), 2002





**PROGRAMA DE FORMACION DE POSTGRADO EN
CLÍNICA MÉDICA
RESIDENCIA UNIVERSITARIA DE CLÍNICA MÉDICA
HOSPITAL ESCUELA "JOSE F DE SAN MARTIN" -
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNNE- 2010**

Profesor Bogdan Popescu
IVa Cátedra de la Facultad de Medicina de la UNNE
Con la colaboración de:
Profesora Nilda Sarnachiaro de Vallejos



MECANISMOS DE SELECCIÓN

Los aspirantes a ingresar a este sistema de capacitación, accederán al mismo por orden de mérito, a través de un Concurso Unificado de Médicos Residentes organizado por el Departamento de Graduados de la Facultad de Medicina. Dicho concurso establece un puntaje de acuerdo a:

- Promedio de calificaciones de la facultad (11 puntos)
- Antecedentes curriculares (puntos), docencia universitaria, experiencia asistencial continua de postgrado, becas, cursos de pre y postgrado, publicaciones, pasantía rural, internado rotatorio y región de procedencia.
- Examen escrito (10 puntos), modalidad de elección múltiple



RECURSOS HUMANOS Y MARCO INSTITUCIONAL

El programa estará a cargo del Profesor Titular de la Cátedra que además se desempeña como Jefe del Departamento de Medicina del Hospital y sus funciones serán:

- a) Confeccionar el programa de la residencia.
- b) Controlar y arbitrar los medios para que éste se cumpla.
- c) Elevar anualmente un informe a la Dirección de Docencia según normativas emanadas de ésta.
- d) Supervisar estrictamente el cumplimiento de esta reglamentación.

Estará apoyado además por el Servicio de Medicina Interna que consta de doce integrantes uno de ellos Profesor Adjunto de nuestra Facultad y once de ellos han completado su residencia en Medicina Interna, uno de ellos se le asignarán funciones de Instructor de residentes, todos tienen una carga horaria de 40hs semanales.

En el sector de internación los residentes integraran 3 grupos para la asistencia de los pacientes con un jefe de sector con el que trabajan cotidianamente y que es el responsable directo de la atención de los pacientes.

La actividad en consultorio externo estará conformada por un equipo integrado por los residentes de 2do año acompañados por los de 4to año y supervisados por ateneos semanales por la Jefa del Sector de Efectividad Clínica.

Las clases programadas estarán coordinadas por un integrante del Departamento de Medicina del Hospital con experiencia en el tema de la clase.

En cuanto al marco institucional los Residentes se desempeñaran en el Departamento de Medicina del Hospital y atenderán los pacientes del Servicio de Medicina Interna que interna preferentemente en los sectores I y II donde tiene a cargo un número variable de pacientes a cargo, con un promedio de 30 pacientes.

Se desempeñarán en los distintos ciclos por los Servicio de Emergencias y de Cuidados Intensivos del Hospital y rotaciones por servicios del interior de la

provincia(APS)y de forma optativa por los servicios de especialidades del Departamento de Medicina: Nefrología, Infectología, Neumonología, Gastroenterología, Unidad Coronaria.



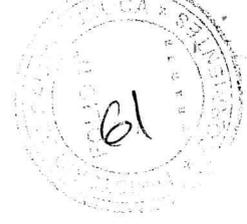
El Hospital cuenta con servicios de alta complejidad como Neurocirugía, Laboratorio General, Estudio por imágenes con TAC, Ecografía y Ecodoppler y acceso a RNM y Centellografía, Servicio de Psicopatología Médica, Cirugía y Ginecología, Oftalmología, Urología y ORL. Servicio de Anatomía Patológica, Biblioteca en la Facultad de Medicina y Servicio de Informática con acceso libre a Internet. Tiene apoyo además de Enfermería Universitaria, Kinesiología, Nutrición y Servicio Social. El Hospital cuenta además con Historias Clínicas unificadas y codificadas de acuerdo a normas internacionales.

OBJETIVOS GENERALES

*PROGRAMA DE FORMACION DE POSTGRADO EN CLÍNICA MÉDICA
RESIDENCIA UNIVERSITARIA DE CLÍNICA MÉDICA
HOSPITAL ESCUELA "JOSE F DE SAN MARTIN" - FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNNE*



- 1- Desarrollar la capacidad de resolver problemas clínicos a sus pacientes, identificando correctamente los problemas, promoviendo cualidades humanísticas en la relación médico paciente y basadas en sólidos fundamentos éticos, correcta utilización de métodos auxiliares, de acuerdo a nociones de sensibilidad, especificidad, riesgos y costos, desarrollando actitudes terapéuticas acertadas.
- 2- Desarrollar la capacidad para la resolución de los problemas clínicos en el ámbito hospitalario de alta complejidad y en el de la atención primaria.
- 3- Incorporar el método científico al razonamiento médico con desarrollo de actitudes críticas.
- 4- Promover la importancia de la educación médica continua e incorporarla como conducta permanente aún después de este periodo de formación.
- 5- Trabajar en un marco interdisciplinario con el equipo de salud, promoviendo actitudes solidarias para con sus enfermos y la sociedad donde se desempeña.
- 6- Tener conocimiento de la inserción de la Medicina Interna en los planes de Salud Pública de los Sistemas de Seguridad Social y de la actividad privada.
- 7- Servir de base, en su primer ciclo, para el aprendizaje de subespecialidades clínicas.



COMPETENCIAS GENERALES

El programa de residencia debe exigir que los residentes desarrollen competencias en las seis áreas subsiguientes al nivel esperado de un nuevo médico.

CUIDADO DEL PACIENTE

Los residentes deben ser capaces de proveer atención al paciente en forma compasiva apropiada y efectiva para el tratamiento de sus problemas de salud y promoción de la misma.

Se espera que los residentes sean capaces de:

- Comunicar efectivamente demostrando preocupación y conductas respetuosas cuando interactúan con los pacientes y sus familiares
- Recolectar información esencial y precisa acerca de sus pacientes
- Realizar decisiones informadas acerca de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas basadas en la información del paciente y sus preferencias y evidencia científica actualizada y juicio clínico.
- Desarrollar y llevar a cabo planes de manejo del paciente.
- Aconsejar y educar a los pacientes y sus familias
- Utilizar la tecnología de la información para sustentar las decisiones en la atención y educación del paciente
- Efectuar en forma competente todos los procedimientos médicos e invasivos considerados esenciales en el área de práctica
- Proveer servicios de atención de salud dirigidos a la prevención de problemas de salud o al mantenimiento de la misma .
- Trabajar con profesionales de la atención de la salud incluyendo aquellos de otras disciplinas para proveer al paciente atención focalizada.

CONOCIMIENTO MEDICO

Los residentes deben demostrar conocimiento acerca de conceptos establecidos y en evolución de las ciencias biomédicas; clínicas y relacionadas (Ej.: Epidemiológicas y de las conductas sociales) y aplicar estos conocimientos a la atención del paciente. Se espera que los residentes:

- Demuestren un pensamiento analítico e inquisitivo en el abordaje de situaciones clínicas
- Conozcan y apliquen las ciencias básicas y de soporte clínico que son apropiadas en su disciplina .



APRENDIZAJE BASADO EN LA PRACTICA Y PERFECCIONAMIENTO

Los residentes deben ser capaces de investigar y evaluar la prácticas de atención de sus pacientes , sopesar y asimilar la evidencia científica y mejorar la prácticas de atención de sus pacientes .Se espera que los residentes sean capaces de:

- Analizar la experiencia de la práctica y realizar actividades tendientes al perfeccionamiento basadas en la práctica utilizando una metodología sistemática
- Hallar , juzgar y asimilar evidencia de estudios científicos relacionados con los problemas de salud de sus pacientes .
- Obtener y utilizar información acerca de su propia población de pacientes y de la población mayor a la que ellos pertenecen .
- Aplicar el conocimiento de diseños de estudios y métodos estadísticos a la evaluación de estudios clínicos y a otras informaciones sobre diagnóstico y efectividad terapéutica
- Utilizar tecnología de la información para el manejo de la misma acceso a la información médica on-line y apoyo de su propia educación .
- Facilitar el aprendizaje de estudiantes y otros profesionales de la salud

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERPERSONALES

Los residentes deben ser capaces de demostrar habilidades de comunicación e interpersonales que resulten en el intercambio efectivo de información y en el establecimiento de una relación de equipo con los pacientes , sus familiares y profesionales asociados .Se espera que los residentes :

- Creen y sustenten una relación terapéutica y éticamente articulada con sus pacientes .
- Utilizar habilidades efectivas para escuchar , elucidar y proveer información mediante diferentes capacidades (no verbal ; explicatoria; habilidades de escritura e interrogatorio)
- Trabajar eficazmente con otros como miembro o líder de un equipo de atención de salud o de otros grupos profesionales

PROFESIONALISMO



Los residentes deben demostrar su compromiso para llevar a cabo responsabilidades profesionales , cumplir principios éticos y ser capaces de responder a una población diversa de pacientes .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 .
- Demuestren un compromiso a los principios éticos pertinentes a la provisión o mantenimiento de la atención clínica , 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 .

PRACTICA BASADA EN SISTEMAS

Los residentes deben demostrar conocimiento y capacidad de respuesta al contexto mayor del sistema de Salud y la capacidad de reclamar en forma efectiva los recursos del sistema para proveer atención de óptimo valor .Se espera que los residentes :

- Comprendan como la atención de su paciente y otras prácticas profesionales afectan a otros profesionales de la salud , la organización del sistema de salud y la sociedad en su conjunto y como éstos elementos del sistema afectan su propia práctica .
- Conocer como los tipos de práctica médica y sistemas de distribución difieren uno del otro ,incluyendo métodos de control de costos en la atención de la salud y en la distribución de recursos .
- 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 .
- Abogar por la calidad de la atención del paciente y asistir a los pacientes en el trato con las complejidades del sistema .
- Saber como asociarse con los gerentes y proveedores de atención de salud para evaluar, coordinar y mejorar la atención de la salud y conocer como éstas actividades puedan afectar el desempeño del sistema.



PLAN DE ESTUDIOS

Se desarrollará con la participación en las diferentes propuestas académicas:

- clases teóricas
- ateneos clínicos
- ateneos bibliográficos
- ateneos de consultorio externo
- ateneos de Epicrisis
- ateneos de Historias Clínicas
- reuniones de metodología científica

PROGRAMA DE CLASES TEORICAS

INTRODUCTORIAS:

EL INDIVIDUO ENFERMO Y SU ENTORNO SOCIAL

COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

RECOLECCION DE DATOS

PRINCIPIOS ETICOS DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE

VERSARÁN SOBRE TEMAS DE:

FISIOPATOLOGIA - FARMACOLOGIA - TERAPEUTICA

- 1- USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS
- 2- DROGAS ANTIVIRALES
- 3- DROGAS PARA EL TRATAMIENTO DE MICOSIS PROFUNDAS
- 4- TRATAMIENTO DE LA TBC Y TBC MULTIRESISTENTE
- 5- MANEJO DEL PACIENTE CON NEUTROPENIA FEBRIL
- 6- MANEJO DEL PACIENTE SEPTICO
- 7- MANEJO DEL PACIENTE CON SHOCK
- 8- SIDA: MECANISMOS PATOGENICOS, CLINICA
- 9- SIDA: TRATAMIENTO
- 10- INSUFICIENCIA CARDIACA: FISIOPATOLOGIA, CLINICA Y TRAT.
- 11- VALVULOPATIAS: DX Y TRATAMIENTO
- 12- SINDROMES ISQUEMICOS AGUDOS: ESTUDIO Y TRATAMIENTO
- 13- HTA: FISIOPATOLOGIA, CLASIFICACION
- 14- HTA: TRATAMIENTO
- 15- ARRITMIAS. CLASIFICACION Y DX Y PRINCIPIOS DE TRAT.
- 16- TEP: DX

PROGRAMA DE FORMACION DE POSTGRADO EN CLÍNICA MÉDICA

RESIDENCIA UNIVERSITARIA DE CLÍNICA MÉDICA

HOSPITAL ESCUELA "JOSE F DE SAN MARTIN" - FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNNE



- 17- ESTADOS HIPERCOAGULABLES
- 18- ANTICOAGULANTES. FIBRINOLITICOS
- 19- DIATESIS HEMORRAGICA
- 20- NEUMONIAS
- 21- TRATAMIENTO DE ASMA
- 22- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA: INDICACIONES DE ARM
- 23- MANEJO DEL PACIENTE CON EPOC
- 24- ESTUDIO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR DIFUSA
- 25- MANEJO DEL PACIENTE CON HDA
- 26- ULCERA PEPTICA: DX Y TRAT.
- 27- HEPATITIS. CLASIFICACIÓN Y DX
- 28- MANEJO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA HEPATICA
- 29- MANEJO DEL PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA
- 30- ESTUDIO DEL PACIENTE CON DIARREA CRONICA
- 31- DBT. FISIOPATOLOGIA Y CLINICA
- 32- DBT: TRATAMIENTO
- 33- COMA HIPEROSMOLAR Y CAD
- 34- TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES TIROIDEAS
- 35- IRA. FISIOPATOLOGIA, DX Y TRAT.
- 36- IRC. CLINICA Y TRAT.
- 37- GLOMERULOPATÍAS
- 38- ENFERMEDAD INTERSTICIAL RENAL
- 39- TRASTORNOS ELECTROLITICOS. TRAT.
- 40- ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO ACIDO - BASE. FISIOPATOLOGIA
- 41- ESTUDIO DEL PACIENTE CON POLIARTRALGIAS
- 42- GCC. USOS Y COMPLICACIONES
- 43- TRATAMIENTO DE LA AR
- 44- LES Y SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICOS: DX Y TRAT.
- 45- DAINES
- 46- RECONOCIMIENTO DE VASCULITIS
- 47- ANEMIAS: FISIOPATOLOGIA Y CLASIFICACION
- 48- LEUCEMIAS: CLASIFICACION Y TRAT.
- 49- LINFOMAS: CLASIFICACION Y TRAT.
- 50- MIELOMAS: DX, CLINICA Y TRATAMIENTO
- 51- PRINCIPIOS DE QMT ONCOLOGICA
- 52- CANCER DE MAMA
- 53- LESIONES ERITEMATOSAS
- 54- LESIONES VESICO - AMPOLLARES
- 55- EXANTEMA Y FIEBRE
- 56- MANEJO DEL CLIMATERIO Y POSMENOPAUSIA
- 57- MOTIVOS DE CONSULTA GINECOLOGICAS
- 58- ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR: FISIOPATOLOGIA Y TRAT.

- 59- DX DE LAS DEMENCIAS
- 60- TRAT. DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON
- 61- ANSIEDAD
- 62- DEPRESION
- 63- PROBLEMAS MEDICOS ASOCIADOS AL ALCOHOLISMO
- 64- TABAQUISMO
- 65- DROGADICCION



TALLERES SOBRE GESTION CLINICA Y CALIDAD :

VALORACION LA UTILIDAD DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y SABER APLICARLAS EN LA PRACTICA CLÍNICA

REALIZAR UNA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA RACIONAL

REVISION DE HISTORIAS CLINICAS EVALUANDO CALIDAD

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA:

1. INTRODUCCIÓN : QUE ES Y QUE NO ES LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA. HISTORIA. EL NUEVO PARADIGMA.

2. CÓMO IDENTIFICAR EL PROBLEMA CLÍNICO A RESOLVER.

3. LA PREGUNTA: CÓMO FORMULARLA. ANATOMÍA DE LA PREGUNTA.

4. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA: CÓMO BUSCAR LA MEJOR EVIDENCIA CIENTÍFICA

RECURSOS: LIBROS, REVISTAS, INTERNET.

CÓMO UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS RECURSOS DISPONIBLES.

QUÉ ARTÍCULOS BUSCAR DE ACUERDO AL PROBLEMA A RESOLVER.

5. APRECIACIÓN CRÍTICA DE LA LITERATURA CIENTÍFICA: CONCEPTO.

CONCEPTO DE VALIDEZ INTERNA Y EXTERNA DE UN ARTÍCULO

TIPOS DE ESTUDIO: CONSIDERACIONES GENERALES. DISEÑO DE LOS ESTUDIOS : 1. DESCRIPTIVOS 2. ANALÍTICOS

INTERPRETACIÓN DE LOS DIFERENTES TIPOS DE ESTUDIO: DISTRIBUCIONES, MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL, INDICADORES DE VARIABILIDAD, NORMALIDAD, REGRESIÓN, CORRELACIÓN.

SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA

SENSIBILIDAD, ESPECIFICIDAD, VALOR PREDICTIVO.

RIESGO.



6. APLICACIÓN DE LA INFORMACIÓN CIENTÍFICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

7. CÓMO GUARDAR Y CONSULTAR LA INFORMACIÓN ANALIZADA

ANÁLISIS DEL TRABAJO EN EQUIPO, NOCIONES DE LIDERAZGO Y NEGOCIACIÓN

GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN. ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL Y DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA, FUENTES DE FINANCIACIÓN

INFORMÁTICA APLICADA A LA PRÁCTICA MÉDICA Y A LA ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

ASPECTOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y MÉDICO LEGAL:

Conocer la legislación relativa a su puesto de trabajo, tanto la aplicable de nivel internacional, nacional, como de su comunidad autónoma

Conocer hasta dónde llegan sus obligaciones y derechos, así como las del resto de los compañeros del equipo o del segundo nivel

Conocer las entidades y organismos relacionados con la seguridad social

Conocer la legislación y procedimientos relacionados con la prescripción de medicamentos (diferentes tipos de recetas: de las obras sociales, de compañías aseguradoras, privadas, receta de estupefacientes), fórmulas, accesorios, oxigenoterapia, y uso de vehículos (ambulancias)

Conocer y mostrarse competente en el manejo de las situaciones y en la cumplimentación de todos los modelos de informe relacionados con la justicia: certificados de defunción, actitud ante la sospecha de muerte no natural, partes de lesiones, partes de estado, partes ante la sospecha de malos tratos a mujeres o a menores, partes ante la sospecha de violación o abusos sexuales, traslado y recepción de cadáveres, informes a petición del juez.

Conocer y aplicar la normativa sobre Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO).

Conocer sus obligaciones en relación con la solicitud de certificados por parte de los pacientes (certificado médico ordinario -validez de los posibles formularios-, de haber estado en la consulta, para el colegio, etc)

TALLERES DE MEDICINA PREVENTIVA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

1. EXAMEN PERIÓDICO DE SALUD : QUÉ SCREENING REALIZAR Y SOBRE QUÉ ACONSEJAR EN CADA GRUPO ETÁREO.
2. EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y CONSEJO PARA LA PREVENCIÓN . TÉCNICAS DE ASESORAMIENTO.
3. CÓMO AYUDAR AL PACIENTE PARA QUE DEJE DE FUMAR?.
4. CÓMO ACONSEJAMOS UNA DIETA SALUDABLE.
5. CÓMO DETECTAR VIOLENCIA DOMÉSTICA.
6. QUÉ HACER CON UN PACIENTE ALCOHÓLICO.
7. CÓMO DEBO ACONSEJAR Y QUÉ TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA DEBO INDICAR A LOS PACIENTES?
8. SCREENING DE ENFERMEDAD CORONARIA ASINTOMÁTICA Y ESTENOSIS CAROTÍDEA ASINTOMÁTICA: REALIZARLOS O NO REALIZARLOS?.
SCREENING DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL



9. CÓMO ACONSEJAR Y CÓMO INDICAR LA ANTICONCEPCIÓN PREVENCIÓN DE OSTEOPOROSIS
10. CÓMO REALIZAR SCREENING DE CÁNCER : MAMA , PULMÓN , CUELLO DE ÚTERO , PIEL Y PRÓSTATA
11. CÓMO PREVENIR ACCIDENTES DOMICILIARIOS Y EXTRADOMICILIARIOS
12. SCREENING Y PREVENCIÓN DE HIV

ROTACIONES POR CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA POR EL INTERIOR PROVINCIAL:

Durante dichas rotaciones los residentes realizarán actividades de atención ambulatoria preferente que serán evaluadas por sistema de portafolios.

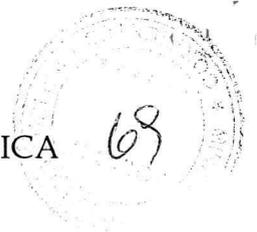
Aplicarán normas de promoción de la salud y medicina preventiva que serán evaluadas con la misma metodología.

Realizarán trabajos de epidemiología con trabajos de campo con población de riesgo

Relevamiento estadístico de prevalencias en la población a cargo

Harán el análisis de la organización administrativa del CAP elevando un informe final.

Elevarán al finalizar la rotación un proyecto de promoción de la salud a aplicar en la población del CAP o un proyecto de investigación epidemiológica a realizar en dicho CAP.



Para los Residentes

- a) El médico residente cumplirá (con dedicación exclusiva), todas las tareas estipuladas en el programa de su residencia. Será responsable, durante las 24 horas del día, de la asistencia de los enfermos que se le asignen supervisados por el Director de la Residencia o por quien éste designe. A través de él, se canalizarán los actos médicos dirigidos al diagnóstico y tratamiento de los pacientes.
- b) El año lectivo comenzará el 1 de junio y finalizará el 31 de mayo siguiente. El horario será de 8 a 17 hs de lunes a viernes y de 8 a 12 hs los sábados.
- c) Deberá concurrir fuera del horario habitual o en día feriado, cuando las necesidades asistenciales del Servicio o del Hospital así lo exijan.
- d) Cumplirá con las guardias que se le asignen en su Servicio, en la División Urgencias o en los establecimientos en que realice una rotación.
- e) Asistirá puntualmente a todas las actividades que le sean asignadas.
- f) No abandonará el Servicio sin antes notificar personalmente a quien corresponda y sólo lo hará después de asegurarse que otros residentes cubran adecuadamente sus obligaciones.
- g) Los residentes de los establecimientos dependientes de esta Facultad podrán desempeñar un cargo de auxiliar docente en algunas de las materias del Ciclo Básico, siempre y cuando no exista incompatibilidad horaria y respetando los días de guardia correspondientes.



ACTIVIDAD ANUAL PROPUESTA PARA CADA AÑO

PRIMER AÑO:

Actividad en sala supervisado por el residente de 3er año
Confeccionar y evolucionar las Historias Clínicas de los pacientes internados
Preparar clases teóricas
Presentar pacientes de ateneos clínicos
Rotación por el grupo de procedimientos.
Guardias en sala de internación cada 48hs

SEGUNDO AÑO:

Actividad en sala supervisando al residente de primer año.
2 meses de rotación por servicio cuidados intensivos.
Atención de consultorio externo.
Control de las Historias Clínicas de los R1.
Confección de las Epicrisis al alta de los pacientes.
Preparación de clases y ateneos.
Guardias en sala de internación 2/ semana

TERCER AÑO:

Actividad en sala supervisando a residentes de 1er año.
3 meses de rotación por servicios del Departamento de Medicina a elección
(Nefrología, Infectología, Unidad Coronaria, Oncología,).
3 meses de rotación por centro del interior(APS).
Preparación de clases y ateneos.
Atención de consultorio externo
Control de las Epicrisis de los R2.
Iniciación en la docencia Universitaria
Guardias en servicio de Emergencia 1 vez por semana

CUARTO AÑO:

Actividad en sala supervisando a residentes inferiores.
Preparación de clases y ateneos.
Coordinación de la actividad en consultorio externo de los R2
2 meses de rotación electiva por servicio externo al Hospital
3 meses de rotación por centro del interior de la provincia(APS)
Guardia en sala 1/ semana.
Iniciación en la docencia Universitaria
Participación y planificación de trabajos de investigación.
Elaboración de un trabajo científico para publicar, obligatorio para la acreditación final de la especialidad.



Para el jefe de residentes:

a) El Jefe de Residentes será elegido entre los que hayan cumplido con el programa de la Residencia Universitaria, no debiendo pasar entre ese cumplimiento y el llamado a concurso, un lapso mayor de 3 años. Permanecerá un año en sus funciones y su mandato podrá ser renovado por un año en caso de declararse desierto el concurso o en ausencia de postulantes.



CARGA HORARIA

1er y 2do año: 80hs semanales incluidas 2 guardias de 24hs

3er y 4to año: 64hs semanales incluidas 1 guardia de 24hs

5to año: 40hs semanales

Todos los Residentes tienen una carga horaria semanal de 5hs de actividades puramente teóricas.

TOTAL DE CARGA HORARIA ANUAL:	1er año:	3920hs
	2do año:	3920hs
	3er año:	3136hs
	4to año:	3136hs

TOTAL DE CARGA HORARIA: 14 112hs

En el primer año la mayor carga horaria es para la actividad asistencial. De la carga horaria total la misma se repartirá para la actividad bibliográfica y científica en un 25% en 2do año y en un 50% en 3er y 4to año del ciclo.



- Evaluar juntamente con el Jefe del Servicio, a los residentes desde el punto de vista técnico, personal y ético, de acuerdo a lo establecido en el programa respectivo.
- Examinar todos los enfermos internados y supervisar la atención médica de los mismos.
- Asegurar la concurrencia de los residentes a todas las actividades docentes del programa y a las autopsias de los enfermos que hayan estado a su cargo.
- Pasar, junto a los residentes, revista general de sala todas las veces que sea necesario y supervisar su desempeño en el área de consultorios externos.
- Coordinar la evaluación de las Historias Clínicas confeccionadas por los R1, y las Epicrisis confeccionadas por los R2



CARGA HORARIA

1er y 2do año: 80hs semanales incluidas 2 guardias de 24hs

3er y 4to año: 64hs semanales incluidas 1 guardia de 24hs

5to año: 40hs semanales

Todos los Residentes tienen una carga horaria semanal de 5hs de actividades puramente teóricas.

TOTAL DE CARGA HORARIA ANUAL:	1er año:	3920hs
	2do año:	3920hs
	3er año:	3136hs
	4to año:	3136hs

TOTAL DE CARGA HORARIA: 14 112hs

En el primer año la mayor carga horaria es para la actividad asistencial. De la carga horaria total la misma se repartirá para la actividad bibliográfica y científica en un 25% en 2do año y en un 50% en 3er y 4to año del ciclo.



EVALUACION POR OBJETIVOS

La evaluación de los médicos residentes que participan del programa de capacitación será permanente y del logro de los objetivos propuestos en la programación de cada ciclo.

Semestralmente se hará una evaluación de los logros por objetivos por el Profesor a cargo del programa, por el Profesor Adjunto de la cátedra y por el Jefe de Residentes. El logro de cada objetivo será calificado como muy bueno, bueno, regular o mal.

EVALUACION DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS

Anualmente serán evaluados por un examen escrito con respuestas de opciones múltiples con preguntas sobre contenidos de Medicina Interna adquiridos en el trabajo en sala y en los ateneos de Residentes para los Residentes del 1er curso, sobre conocimientos adquiridos en el trabajo en consultorio y en los ateneos de consultorio externo para los residentes del 2do curso.

Para continuar al ciclo inmediato superior del programa el residente deberá tener un promedio de bueno o muy bueno de la evaluación de los dos semestres de los objetivos propuestos para ese ciclo, con el aval del Director de la Residencia acorde a las normas de evaluación y promoción de los respectivos programas. A tal efecto, éste deberá elevar periódicamente a la Dirección de Docencia e Investigación el resultado de dichas evaluaciones, eventuales sanciones disciplinarias y cualquier otra información pertinente, que serán archivadas en el legajo del residente.

EVALUACION FINAL

Se hará al finalizar el 4to ciclo por los mismos responsables de las evaluaciones previas y consistirá en un análisis de las evaluaciones por objetivos y del trabajo de revisión clínica, casuística o investigación clínica oportunamente presentado o publicado.

La aprobación de esta evaluación lo habilitará para la obtención del título a otorgar.



No será promovido y/o el nombramiento caducará para aquel residente que:

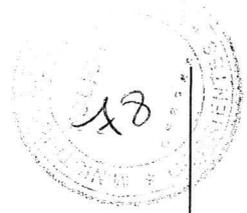
- a) no haya aprobado las evaluaciones correspondientes
- b) tenga más de 10 (diez) inasistencias injustificadas en el año
- c) evidencie incumplimiento de las normas éticas y deberes de los profesionales del hospital
- d) evidencie desinterés manifiesto y falta de responsabilidad en sus obligaciones asistenciales y docentes.



TITULO A OTORGAR

Considerando los objetivos generales y la planificación propuesta de este programa de capacitación de postgrado con una carga horaria de 14 112hs y que su desarrollo esta a cargo de un equipo de la Facultad de Medicina en un marco institucional Universitario se propone otorgar a los que completen los 4 años del ciclo el título de ESPECIALISTA UNIVERSITARIO EN CLINICA MEDICA.

OBJETIVOS DESARROLLO DE COMPETENCIAS	CONTENIDOS	ESTRATEGIAS	RECURSOS	EVALUACION
Desarrollar buena relación médico - paciente	Conocimiento de las técnicas de interrogatorio y examen físico	Confección de Historias clínicas. Guardias en Clínica Médica Trabajo en sala de internación	Áreas de internación Emergencia Consultorio externo Unidad coronaria Cuidados intensivos Anatomía patológica Laboratorio central Bacteriología Diagnóstico por imágenes Enfermería universitaria Biblioteca	Control del trabajo con pacientes Control de Historias Clínicas
Realizar interrogatorios y examen físico ordenado y completo, diferenciar lo esencial de lo accesorio y promover la capacidad de síntesis.	Conocimiento de las patologías de los pacientes internados	Aprendizaje en libros de texto, ateneos, recorridas, búsqueda en Internet.		
Identificar los problemas activos y pasivos.	Conocimiento de terapéutica clínica	Evolución diaria de las historias clínicas en referencia a los problemas activos. Clases programadas, ateneos clínicos, ateneos anatomopatológicos, manejo de Internet	Servicios de especialidades Médicas y quirúrgicas Grupo de procedimientos	Control de Historias Clínicas
Elaborar planes de estudio óptimos		Interconsultas con otros servicios		
Conocer los planes terapéuticos				
Evolucionar los enfermos por problemas activos				Control de Historias Clínicas y evaluación de sus actuaciones en clases y recorridas Control de evoluciones de Historias Clínicas



PROGRAMA DE FORMACION DE POSTGRADO EN CLÍNICA MÉDICA
RESIDENCIA UNIVERSITARIA DE CLÍNICA MÉDICA
HOSPITAL ESCUELA "JOSE F DE SAN MARTIN" - FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNNE

Desarrollar actitud de aprendizaje y búsqueda de nuevos conocimientos

Aceptar críticas y reexaminar convicciones

Trabajar en forma interdisciplinaria

Desarrollar habilidades y destrezas

Realizar procedimientos invasivos

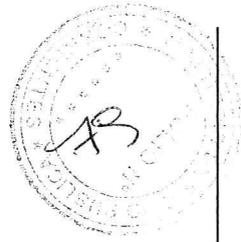
Evaluación de clases y participación en ateneos y seminarios.

Evaluación de conocimientos por examen de opción múltiple
Valoración de la relación con el equipo de salud
Registro de procedimientos efectuados

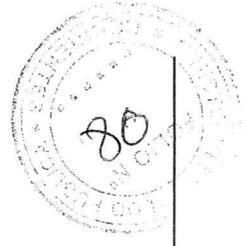
Rotar por grupo de procedimientos para realizar: vías, quintons, punciones, etc

**1er
año**

PROGRAMA DE FORMACION DE POSTGRADO EN CLÍNICA MÉDICA
RESIDENCIA UNIVERSITARIA DE CLÍNICA MÉDICA
HOSPITAL ESCUELA "JOSE F DE SAN MARTIN" - FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNNE



OBJETIVOS DESARROLLO DE COMPETENCIAS	CONTENIDOS	ESTRATEGIAS	RECURSOS	EVALUACION
Plantear diagnósticos diferenciales para la resolución de problemas.	Conocimiento de las agrupaciones sindrómicas y de las diversas patologías de los pacientes internados	Atención de los pacientes internados en un sector a cargo - guardias en clínica médica (2/semana)- Discusión de ateneos clínicos	Pacientes internados en clínica médica y que consultan en EME o por consultorios externos, aulas, laboratorio de EME, radiología, UTI, central de materiales, farmacia, servicio social, anatomía patológica	Evaluación de su actividad en sala de internación. Planteo de diagnósticos en recorridas y discusión de ateneos.
Elaborar planes terapéuticos óptimos para los diagnósticos planteados.	Conocimiento de los motivos de consulta y patologías frecuentes en consultorio externo	Realización de indicaciones médicas diarias		Evaluación de su actividad asistencial. Control de indicaciones médicas.
Brindar asistencia de pacientes de AMBULATORIOS.		Atención de consultorios externos (2/ semana)	Consultorios externos del Hospital Escuela	Control de número de pacientes en consultorios externos - realización de Historias de consultorio, diagnósticos y trat. instituidos
Desarrollar la capacidad de síntesis y ordenamiento en la presentación de casos y la transmisión de la información.		Realización de Epicrisis y comentarios en Historias clínicas		Valoración de la forma de presentar los pacientes en recorridas, comentarios y aportes. Análisis de epicrisis en ateneos
Desarrollar las condiciones que le permitan mantener la educación médica continua.		Realización de revisiones bibliográficas, comentarios en recorridas, discusión de ateneos clínicos.	Biblioteca de la Facultad de Medicina UNNE y del Hospital Perrando	Valoración de la capacidad de lectura y estudio a través de aportes espontáneos en recorridas, clases, ateneos



PROGRAMA DE FORMACION DE POSTGRADO EN CLÍNICA MÉDICA
RESIDENCIA UNIVERSITARIA DE CLÍNICA MÉDICA
HOSPITAL ESCUELA "JOSE F DE SAN MARTIN" - FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNNE

**2do
año**

OBJETIVOS	CONTENIDOS	ESTRATEGIAS	RECURSOS	EVALUACION
<p>DESARROLLO DE COMPETENCIAS</p> <p>Conducir estrategias diagnósticas y terapéuticas</p>	<p>Conocimiento profundo de las diversas patologías de los pacientes internados y de los adelantos diagnósticos y terapéuticos</p>	<p>Atención de los pacientes internados en un sector a cargo - guardias en Servicio de EME (1/semana)- Discusión de ateneos clínicos</p> <p>Atención de consultorios externos (1/ semana)</p>	<p>Pacientes internados en clínica médica y que consultan en EME o por consultorios externos, aulas, laboratorio de EME, radiología, UTI, central de materiales, farmacia, servicio social, anatomía patológica</p>	<p>Evaluación de su actividad y participación en sala de internación. Participación en recorridos y ateneos.</p>
<p>DESARROLLO DE COMPETENCIAS Y HABILIDADES</p> <p>Manejar pacientes críticos y manejo del respirador</p>		<p>Rotación por cuidados intensivos durante 4 meses</p>	<p>Área de cuidados intensivos</p>	<p>Evaluación del manejo de pacientes en asistencia respiratoria</p>



OBJETIVOS	CONTENIDOS	ESTRATEGIAS	RECURSOS	EVALUACION
DESARROLLO DE COMPETENCIAS, HABILIDADES Y DESTREZAS				
Manejar la atención del paciente crítico	Conocimiento de las patologías de presentación aguda y de los recursos terapéuticos de sostén de estos pacientes.	Guardias en EME	Servicio de EME	Control de indicaciones médicas.
Introducción en el manejo de exámenes complementarios y adiestramiento en prácticas en ciertas especialidades	Conocimiento de conductas, diagnósticos y terapéuticas de patologías de diferentes especialidades	3 meses de rotación programada por Infectología, Unidad Coronaria, Nefrología, Gastroenterología, etc	Servicios del Departamento de Medicina	Evaluación del número de pacientes atendidos, de Historias realizadas, diagnósticos y trat. instituidos
Desarrollar la actitud de líder en el grupo y la capacidad de transmisión de la información a los demás residentes.		Guía, ayuda y orientación a los residentes de primer año, en los exámenes clínicos de sus pacientes, tareas asistenciales, práctica de procedimientos diagnósticos y terapéuticos y en la tarea académica y científica		Evaluación en EME y los diferentes Dptos, con informes de desempeño de las rotaciones. Evaluación de conocimientos con prueba de elección múltiple
Desarrollar la aptitud docente de los residentes en la especialidad	Manejo de una comisión de alumnos de la Cátedra de Medicina	Control de Epicrisis.		Relación con los R1, capacidad de motivarlos al estudio de sus pacientes, control en la realización de HC del R1



PROGRAMA DE FORMACION DE POSTGRADO EN CLÍNICA MÉDICA
RESIDENCIA UNIVERSITARIA DE CLÍNICA MÉDICA
HOSPITAL ESCUELA "JOSE F DE SAN MARTIN" - FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNNE

**3er
año**

Capacitarse en la
atención primaria de la
salud(APS)

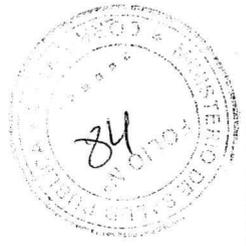
Rotación por centro del
interior de la provincia

Evaluación de actividad
por portfolio.

PROGRAMA DE FORMACION DE POSTGRADO EN CLÍNICA MÉDICA
RESIDENCIA UNIVERSITARIA DE CLÍNICA MÉDICA
HOSPITAL ESCUELA "JOSE F DE SAN MARTIN" - FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNNE



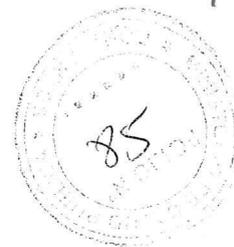
OBJETIVOS	CONTENIDOS	ESTRATEGIAS	RECURSOS	EVALUACION
DESARROLLO DE COMPETENCIAS				
Adquirir conocimientos para aplicar el método científico y realizar investigación	Conocimiento básico del diseño de un protocolo de investigación clínica Nociones de bioestadística	Reuniones semanales de estudios de protocolos de investigación. Realización de un trabajo de investigación clínica, casuística o investigación clínica Supervisar el grupo de atención de consultorio externo a cargo de los R2	Biblioteca de la Facultad de Medicina, del Hospital Perrando y área de informática del Hospital. Presentar en un congreso de CM o a publicar. Aprendizaje de conceptos bioestadísticas y de lectura crítica de la literatura médica en las clases quincenales conducidas por Instructor	Evaluación del trabajo publicado, obligatorio para acreditar la residencia Proyectos de APS Evaluación por portfolios
Participar en la atención del manejo de pacientes ambulatorios y en APS		Rotación por centro del interior(APS)		
Desarrollar la actitud de líder en el grupo y la capacidad de transmisión de la información a los demás residentes.	Conocimiento profundo de las patologías de los pacientes internados, ambulatorios y adelantos diagnósticos y terapéuticos	Guardias en sala (1/semana) Discusión de ateneos clínicos		Relación con los R2, capacidad de motivarlos al estudio de sus pacientes, control en la realización de HC del consultorio
Desarrollar un plan de rotación externa		3 meses de rotación programada por un servicio fuera del hospital	Conexión con Depto. de Docencia de otros Hospitales	Evaluación de los informes de desempeño



PROGRAMA DE FORMACION DE POSTGRADO EN CLÍNICA MÉDICA
RESIDENCIA UNIVERSITARIA DE CLÍNICA MÉDICA
HOSPITAL ESCUELA "JOSE F. DE SAN MARTIN" - FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNNE



*Universidad Nacional del Nordeste
Facultad de Medicina
Cátedra Neurología y Neurocirugía*



FORMACIÓN DEL MÉDICO NEUROCIRUJANO **PROGRAMA DE RESIDENCIA AÑO 2010**

Se define como residencia médica a un sistema educativo del post -grado inmediato que tiene por objetivo completar la formación del profesional médico, y su eventual especialización, ejercitándolo en el desempeño responsable y eficaz de la medicina.

Este sistema de enseñanza -aprendizaje, se desarrollará según un programa educacional predeterminado, con régimen de dedicación exclusiva y mediante la ejecución personal debidamente supervisada de actos médicos de progresiva complejidad y responsabilidad.

Además otorgará al educando (médico residente) la capacidad para continuar su autoeducación, promoviendo una actitud que impulse el cuidado de la salud en la comunidad donde actúe posteriormente, inculcando los principios éticos y morales inherentes al ejercicio de la profesión médica. El sistema de residencia médica se desarrollará siempre en un centro asistencial jerarquizado y debidamente acreditado que disponga de internación y consultorios externos donde el médico residente recibirá la enseñanza a través del adiestramiento permanente con capacitación en servicio.

Hay consenso amplio, en los medios académicos y asistenciales, que califica a la residencia médica como el mejor método para la formación del post-grado, particularmente en las disciplinas quirúrgicas.

FORMACIÓN DEL MÉDICO NEUROCIRUJANO RESIDENCIA

Se define como residencia médica a un sistema educativo del post -grado inmediato que tiene por objetivo completar la formación del profesional médico, y su eventual especialización, ejercitándolo en el desempeño responsable y eficaz de la medicina.

Este sistema de enseñanza -aprendizaje, se desarrollará según un programa educacional predeterminado, con régimen de dedicación exclusiva y mediante la ejecución personal debidamente supervisada de actos médicos de progresiva complejidad y responsabilidad.

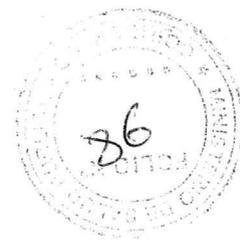
Además otorgará al educando (médico residente) la capacidad para continuar su autoeducación, promoviendo una actitud que impulse el cuidado de la salud en la comunidad donde actúe posteriormente, inculcando los principios éticos y morales inherentes al ejercicio de la profesión médica.

El sistema de residencia médica se desarrollará siempre en un centro asistencial jerarquizado y debidamente acreditado que disponga de internación y consultorios externos donde el médico residente recibirá la enseñanza a través del adiestramiento permanente con capacitación en servicio.

Hay consenso amplio, en los medios académicos y asistenciales, que califica a la residencia médica como el mejor método para la formación del post-grado, particularmente en las disciplinas quirúrgicas.

MÉDICO RESIDENTE

Médico, graduado reciente, en proceso de formación de post-grado, en un sistema de



residencia médica.

Médico residente es = médico en período de formación.

Médico residente no es = mano de obra barata.

ESPECIALIDAD MÉDICA

Área restringida del ejercicio de la profesión médica, con límites anatomopatológicos, funcionales o diagnóstico-terapéuticos, o de varios a la vez; que para su desarrollo y práctica, requiere una formación de post-grado, disciplinada con entrenamiento, capacitación y evaluación final. Para ello se requiere:

- a) que esa área de la medicina tenga reconocimiento nacional e internacional como especialidad médica reconocida.
- b) que una entidad científica afín y reconocida por un Consejo de Certificación de Profesionales Médicos le otorgue su patrocinio.

PROGRAMA DE RESIDENCIA EN NEUROCIRUGÍA

El programa de residencia en Neurocirugía forma parte de una estrategia global de formación de recurso humano en la disciplina.

El mismo deberá ser modular, se le podrán agregar, eliminar y/o modificar contenidos y, en tal sentido, deberá ser considerado dinámico.

La elaboración, adaptación y modificación del mismo debería surgir de la interacción positiva de especialistas en Neurocirugía, especialistas en Educación Médica, instituciones científicas que agrupen a miembros de la especialidad, autoridades sanitarias nacionales, provinciales y municipales, universidades y toda otra instancia debidamente reconocida que permita mantener y mejorar el nivel de la disciplina.

Es aconsejable que haya programas uniformes para las distintas residencias de Neurocirugía.

La residencia en Neurocirugía será considerada como básica y su duración será de 5 (cinco) años, pudiendo contemplarse un año más para la jefatura de residentes.

PERFIL PROFESIONAL

El egresado de la residencia en Neurocirugía un profesional que haya adquirido los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas de la especialidad que le brindan la capacidad para resolver las patologías prevalentes específicas, estará capacitado para desarrollar actividades de investigación, tendrá además una actitud investigadora constante, procurará mantenerse al tanto de los adelantos científicos y técnicos de la disciplina, se someterá periódicamente a los requisitos de certificación y recertificación que establezcan las instituciones sanitarias oficiales de su ámbito de actividad y las instituciones científicas de la especialidad y sostendrá su práctica de acuerdo a la ética médica.

OBJETIVO GENERAL

Formar médicos neurocirujanos altamente capacitados para desarrollar su práctica profesional con idoneidad y eficacia, a partir de los conocimientos que le brinda la práctica y los fundamentos teóricos que la sustentan y de esa manera dar respuesta en su medio, a las problemáticas derivadas de la especialidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar historias clínicas
- Efectuar procedimientos diagnósticos.
- Capacitarse para la toma de decisiones en la especialidad.
- Realizar intervenciones quirúrgicas de baja, mediana y alta complejidad.
- Resolver interconsultas.
- Adquirir conocimientos teóricos previstos en el programa
- Interpretar críticamente la información científica.
- Desarrollar actividades de investigación
- Fomentar el interés en la docencia, tanto de pre como de post-grado. Ejercer actividad docente, según lo pautado en el programa.



- Generar el interés y el hábito en la educación médica continua.
- Prepararse para su ingreso al Colegio Argentino de Neurocirujanos luego de su egreso de la residencia.
- Fomentar el interés en lograr la certificación y re-certificación cuando corresponda.

ACTIVIDADES

Las actividades estarán interrelacionadas de manera tal, que en los procesos de apropiación y producción, el conocimiento no resulte fragmentado y se fortalezca la relación dialéctica entre teoría y práctica, durante el período de formación de cinco años.

En la organización de las actividades se recomienda tener en cuenta la inclusión gradual del residente a las mismas (observación, colaboración, asistencia asistida).

El horario del residente se extiende de lunes a viernes de 8 a 17 hs. y los sábados de 8 a 12 hs.

Sólo a los fines didácticos las clasificaremos en:

Actividad asistencial teórico-práctica:

La misma se efectivizará en las salas de internación, salas de diagnóstico, quirófanos y consultorios externos del servicio, bajo la supervisión y la responsabilidad de un médico de planta o Jefe de Sala o de Servicio el que actuará como instructor natural. El residente tendrá a su cargo la atención de pacientes internados con el objetivo particular de afirmar la relación médico-paciente, entrenarse en la semiología de los mismos, perfeccionarse en la técnica de conducción de la historia clínica, aprender a detectar cambios en la evolución clínica de los mismos. El residente confeccionará la historia clínica de los pacientes que se internen, incluyendo impresión diagnóstica y plan de estudios. Al alta confeccionará la epicrisis. Será también responsabilidad del residente efectuar los procedimientos diagnósticos que estén a su alcance. El residente participará activamente en los actos quirúrgicos que se efectúen, en calidad de ayudante o cirujano (según las circunstancias, ver más adelante) como asimismo en todas las reuniones científicas del servicio. En los consultorios externos actuará también supervisado por un médico de planta con el objetivo de aprender el manejo del paciente ambulatorio y los criterios de internación y derivación. Se aconseja, además, el desarrollo de actividades dirigidas a la comunidad en especial en cuanto a educación para la salud y la prevención de enfermedades prevalentes dentro del campo de la especialidad.

Guardias:

La actividad asistencial se complementará con guardias de 24 hs., a razón de dos por semana, es deseable que una vez al mes efectúe una guardia de fin de semana, no pudiendo exceder las ocho guardias mensuales.

El objetivo es posibilitar el adecuado aprendizaje de la asistencia del paciente agudo. En todas las actividades de guardia será guiado y supervisado por el médico de guardia respectivo, tendiéndose a formar un equipo con afinidades y objetivos para la correcta asistencia del paciente.

Actividad académica y teórico-práctica:

Esta actividad se desarrollará mediante clases teóricas, ateneos de la especialidad (clínicos, bibliográficos, anatomopatológicos) e interdisciplinarios, mesas redondas, conferencias y toda otra actividad afín con el objetivo de desarrollar el hábito de estudio y la actualización permanente en los avances de la medicina en sus distintos aspectos, desarrollar el criterio médico quirúrgico a través del análisis de los cuadros clínicos, los resultados de los métodos de diagnóstico, los diagnósticos diferenciales, las estadísticas del servicio y la bibliografía.

Asimismo participará de actividades de entrenamiento, aprendizaje e investigación quirúrgica (particularmente microcirugía) en el laboratorio de microcirugía y cirugía experimental.



Actividades de investigación:

En forma continua y adecuada a los objetivos de la residencia se promoverán actividades de investigación sobre temas relacionados con la problemática de la unidad asistencial donde se desarrolla la actividad de la residencia y con el aval del Comité de Docencia e Investigación y del Comité de Bioética.

Rotaciones

Durante su formación, el residente efectuará pasantías por servicios especializados en diversas disciplinas, lo cual le permitirá adquirir conocimientos teóricos y prácticos que sean complementarios a la Neurocirugía y lo preparen para su mejor desempeño en la misma.

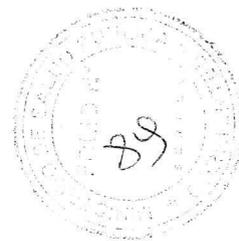
Estas pasantías se denominan rotaciones y es deseable que el residente lo haga por servicios de referencia (reconocidos por su jerarquía científica) en las distintas especialidades o subespecialidades. Estos pueden pertenecer al mismo hospital donde se esté formando o a otra institución, pública o privada.

Las rotaciones se detallan más adelante (ver "Organización de actividades anuales").

Durante las mismas el residente se asimilará al régimen académico-asistencial de cada servicio al que asista y se procurará que al finalizar cada una de ellas tenga una idea global de la problemática que maneja cada servicio, haciendo hincapié en aquellos tópicos más relacionados con la Neurocirugía.

Actividades en la Sala

- Efectuar el examen correspondiente y redactar la historia clínica (de acuerdo con las normas del Servicio) antes de las dos horas del ingreso del paciente, bajo supervisión de los residentes de mayor experiencia y/o médico/s de Guardia. Registrar en la historia clínica todos los acontecimientos referidos al paciente, destacando el valor médico y legal de dicha historia.
- Examinar diariamente (incluyendo domingos y feriados) la evolución de todos los pacientes a su cargo. Efectuar las curaciones correspondientes y redactar las prescripciones en forma y tiempo adecuados. Asentar en la historia clínica lo actuado. Toda circunstancia especial que requiriera alguna actividad fuera de los horarios habituales, deberá inscribirse en la historia.
- Verificar el cumplimiento de los tratamientos indicados.
- Solicitar, registrar en la historia, llevar a cabo la labor administrativa conducente a tales fines y gestionar la ejecución de los exámenes complementarios, transfusiones e interconsultas que sean indicados para cada paciente. Monitorear su ejecución en tiempo y forma adecuados para lograr una mayor eficiencia del servicio brindado. Informar a sus superiores de los retrasos o inconvenientes detectados en tal tarea.
- Cumplimentar las normas de alta médica de manera adecuada (incluye epicrisis, cierre de Historia Clínica y satisfacción de los formularios especiales para cada caso) antes de las 48 horas del egreso del paciente.
- Efectuar el seguimiento en forma paralela con los encargados del Área, cuando el paciente a cargo del residente se halle en la Unidad de Terapia Intensiva. Informar en recorrida de sala de las novedades acontecidas y acercar a los responsables de las diversas áreas la opinión del servicio. Registrar en la historia clínica todas las novedades acontecidas.
- Redactar las consideraciones pre-operatorias para cada paciente que deba recibir tratamiento quirúrgico, electivo o de emergencia y en el cual le corresponda actuar como ayudante o cirujano. Incluirán el resumen semiológico, datos destacables de laboratorio, resultados de estudios por imágenes, endoscopía, anatomía patológica y/o cualquier otro método diagnóstico utilizado, consideraciones clínico quirúrgicas, un mínimo de 3 diagnósticos diferenciales pre-operatorios, así como el plan quirúrgico correspondiente. la incisión y abordajes planteados y las alternativas terapéuticas.
- Aceptar y respetar las indicaciones de sus superiores en relación con el mejor



cumplimiento de su función.

Asistir puntualmente a todas las actividades programadas que se fijen en los programas correspondientes. Todas son obligatorias (excepto tareas asistenciales específicas determinadas por el Jefe de Servicio o alguien en quien se haya delegado tal responsabilidad).

Solicitar las necropsias correspondientes a los pacientes que estén a su cargo en forma directa o indirecta (p.ej. en horario de guardia), e informar a la autoridad correspondiente, efectuando de ser necesaria la evisceración correspondiente (si no hubiera personal adecuado). Cualquier motivo de suspensión de la necropsia deberá consignarse explícitamente en la historia clínica, informando previamente al jefe de servicio o médico interno de acuerdo con el horario en que tal situación se produzca y las normas propias de cada servicio.

Llevar un registro pormenorizado de todo acto quirúrgico en que haya participado, que deberá conservar hasta el fin de su formación y que será visado mensualmente por el jefe de residentes y el jefe del servicio.

Actividades en los Consultorios Externos

Asistir puntualmente a las actividades del sector por el cual se encuentre rotando.

Redactar e inscribir adecuadamente en las historias clínicas y las hojas de registro de actividad del consultorio, la recepción de pacientes de primera vez, seguimiento y curación de los pacientes atendidos en el consultorio.

Actividades en el Quirófano

Las actividades del médico residente en el quirófano estarán regidas por las normas que se detallan a continuación:

1. Reglas habituales de ingreso y conducta básica en el quirófano:

Para ingresar en el quirófano el residente se cambiará su vestimenta y se colocará el ambo ad hoc provisto por la institución, asimismo se colocará gorro, botas y barbijo.

Durante su permanencia en el ámbito del centro quirúrgico procurará no ingresar en quirófanos en los que no le toque actuar salvo necesidad imperiosa.

Cumplirá estrictamente las normas de bioseguridad de la institución.

Respetará siempre las indicaciones de sus superiores, de las autoridades del centro quirúrgico y toda norma institucional que rija la conducta dentro del quirófano.

2. Relación entre el médico residente y el paciente que será intervenido quirúrgicamente:

El médico residente al que se le asigne una tarea quirúrgica (como cirujano o ayudante) se ocupará de informar adecuadamente al paciente que será intervenido (bajo supervisión de un superior) y se preocupará por responder todas las inquietudes que el mismo y/o sus familiares como asimismo de completar y hacer firmar el formulario de consentimiento informado (según las normas de cada servicio).

Efectuará y hará cumplir las indicaciones pre-operatorias que correspondan.

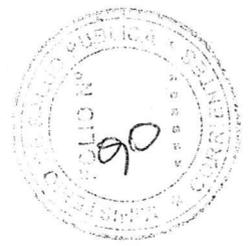
Siempre verificará que la historia clínica del paciente a ser intervenido esté actualizada y que sea trasladada al quirófano junto a los estudios pre-operatorios habituales y los estudios diagnósticos vinculados al caso (en especial las neuroimágenes).

Deberá acompañar al paciente hasta su ingreso al quirófano y luego de la intervención deberá acompañar y supervisar el traslado del mismo a la sala que correspondiere (sala general o UTI).

Colaborará con el anestesiólogo y demás personal de quirófano en la ubicación del paciente en la camilla quirúrgica como asimismo deberá colocarlo en posición quirúrgica y marcar la incisión (bajo supervisión de un superior).

3. Actividad quirúrgica:

Su actividad quirúrgica propiamente dicha, en cada caso, será determinada por el Jefe del Servicio de acuerdo a las pautas de integración y responsabilidades progresivas que se establecen en el plan de actividades de cada año (ver más adelante).



Cuando actúe como cirujano deberá confeccionar, inmediatamente después de la intervención, el parte quirúrgico correspondiente y adjuntarlo a la historia clínica procurando detallar al máximo la técnica utilizada y efectuar los dibujos, croquis o diagramas que ayuden a la mejor comprensión de lo actuado.

Asimismo se encargará de efectuar los pedidos de estudio anatómico-patológico y/o de laboratorio (bacteriología, etc.), si correspondiere, y verificará que los mismos se cumplan.

También confeccionará las indicaciones post-operatorias.

En el caso de utilización de prótesis deberá detallar tipo, marca, modelo y número de serie (en el caso de existir rótulos deberá adjuntar los mismos al parte quirúrgico).

Cumplirá con toda norma o indicación que le sea impartida por un superior.

ORGANIZACION DE ACTIVIDADES ANUALES

1º AÑO

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Durante primer año los médicos residentes realizarán las actividades correspondientes a los servicios por los que roten.

ROTACIONES

Durante el 1º año el residente cumplirá las siguientes rotaciones:

- a) 4 (cuatro) meses en Cirugía General
- b) 3 (tres) meses en Neurología
- c) 2 (dos) meses en Neuroimágenes
- d) 3 (tres) meses en Terapia Intensiva

Todas las rotaciones deberán ser cumplidas en un centro de referencia para cada uno de ellas (Ver "Rotaciones").

ACTIVIDAD ACADEMICA CIENTIFICA

- Acudir a un congreso de la especialidad que se desarrolle en el país
- Una monografía por rotación sobre un tema de la especialidad donde se halle rotando el cual deberá estar vinculado a la Neurocirugía (el tema de la misma deberá ser aceptado por el Jefe del Servicio).

2º AÑO

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

- Realizar historias clínicas de pacientes ingresados al servicio, actividad esta que será supervisada por un residente superior o un médico de planta.
- Solicitar los estudios de rutina y de los estudios complementarios que le fueran indicados por el jefe de residentes o un médico de planta..
- Participar en los distintos procedimientos diagnósticos realizados en el hospital a los pacientes a su cargo.
- Realizar (2) guardias por semana, (excluidas durante los períodos de rotación).
- No tendrá poder de decisión sobre ningún paciente, debiendo consultar siempre a un superior..
- Intervenir como ayudante en cirugías, tanto las programadas como en las urgencias.



Podrá efectuar el cierre de planos extradurales a excepción de la fosa posterior.
Tratamiento de "scalp" de cuero cabelludo.

ROTACIONES

- a) 2 (dos) meses en Neuroanatomía
- b) 2 (dos) meses en Microcirugía.
- b) 2 (dos) meses en Neuropatología.

ACTIVIDAD ACADEMICA CIENTIFICA

- Abordar los contenidos teóricos previstos en el presente programa.
- Concurrir a por lo menos 1 (un) congreso que se desarrolle en el país.
- Realización de cursos de perfeccionamiento realizados en el país.
- Colaborará al menos en un trabajo científico que presente el servicio durante ese año.
- Una monografía por rotación, sobre un tema de la especialidad donde se halle rotando el cual deberá estar vinculado a la Neurocirugía (el tema de la misma deberá ser aceptado por el jefe del servicio).
- Una monografía sobre tema a determinar por el jefe del servicio.

3º AÑO

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

- Realizar historias clínicas de pacientes ingresados al servicio las que serán supervisadas por un residente superior o médico de planta.
- Solicitar los estudios de rutina y de los estudios complementarios que le fueran indicados por el jefe de residentes o médico de planta.
- Participar de o realizar los distintos procedimientos diagnósticos (arteriografías, mielotomografías, etc.) que se efectúen en el hospital a los pacientes a su cargo, realizando los comentarios pertinentes de los mismos.
- Realizar (2) guardias por semana actuando como residente responsable en caso de que tuviera un residente menor a su cargo.
- No tendrá poder de decisión a excepción de casos de emergencia extrema y de no encontrarse ningún médico de mayor nivel en el hospital o disponible para la consulta.
- Intervenir como primer ayudante en intervenciones de mediana complejidad y como cirujano en intervenciones de urgencia a consideración y bajo supervisión del neurocirujano de guardia:
 1. Hematomas extradurales.
 2. Hematomas subdurales agudos y crónicos.
 3. Hundimiento de cráneo sin y con compromiso cerebral.
 4. Colocación de sensores de P.I.C. (presión intracraneana).
 5. Colocación de drenajes ventriculares externos
 6. Craneotomías programadas supratentoriales y cierre de craneotomía de fosa posterior.
 7. Laminectomía lumbar.

ACTIVIDAD ACADEMICO CIENTIFICA

- Abordar los contenidos teóricos previstos en el presente programa.
 - Realización de por lo menos un curso de perfeccionamiento dictado en el país.
 - Realizar el Curso de Neurobiología de la Asociación Argentina de Neurocirugía (A.A.N.C.).
 - Concurrir a por lo menos 1 (un) congreso que se desarrolle en el país.
 - Presentar y actuar como relator en por lo menos 1 (un) trabajo científico.
- 10
- Presentación de una monografía semestral sobre tema a determinar por el jefe de servicio.

4º AÑO



ACTIVIDAD ASISTENCIAL

- Colaborar, según las necesidades del servicio y el departamento de residentes.
- Solicitar los estudios de rutina y de los estudios complementarios que le fueran indicados por el jefe de residentes o médico de planta.
- Participar de los distintos procedimientos diagnósticos que se efectúen en el hospital a los pacientes a su cargo y efectuar los comentarios pertinentes en cuanto a su interpretación.
- Guardia, 2 (dos) por semana actuando como residente responsable en caso que tuviera a cargo uno de menor jerarquía.
- No tendrá poder de decisión a excepción de los casos de emergencia extrema, de no encontrarse ningún médico de mayor nivel en el hospital o disponible para la consulta.
- Intervenir como primer ayudante en cirugías de alta complejidad y como cirujano en intervenciones de baja y mediana complejidad y en las cirugías que se realicen durante los días de guardia, a la consideración y asistencia en todos los casos del neurocirujano de planta o titular de guardia.
- Podrá realizar todas las correspondientes al residente de 3° año más:
- Derivación ventrículo peritoneal.
- Retoque valvular.
- Tumores hemisféricos supratentoriales. En éstos casos deberá ser siempre asistido por un neurocirujano de planta, iniciando con tumores secundarios y posteriormente primarios.
- Abordajes a la fosa posterior hasta la apertura dural y abordajes pterionales hasta la visualización del nervio óptico.
- Patología raquimedular. Podrá efectuar la evacuación o exéresis de procesos expansivos extradurales en ubicación posterior o lateral al estuche dural, que requieran abordaje posterior. Incluye el abordaje por laminectomía a todos los niveles.
- Discectomías lumbares, excluyendo las foraminales o extraforaminales.

ROTACIONES:

- 2 (dos) meses por Neurorradiología Intervencionista.

ACTIVIDAD ACADÉMICO CIENTÍFICA:

- Abordar los contenidos teóricos previstos en el presente programa.
- Concurrir a por lo menos 2 (dos) congresos que se desarrollen en el país presentando y actuando como relator en no menos de 2 (dos) trabajos desarrollados durante el año académico.
- Una monografía por rotación más una monografía sobre tema de la especialidad (determinadas por jefe del servicio).
- Curso de perfeccionamiento de la A.A.N.C. y la Cátedra de Neurocirugía.

5° AÑO

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

- Supervisar las historias clínicas realizadas por residentes de menor antigüedad.
- Solicitar los estudios de rutina y los estudios complementarios que le fueran solicitados por el jefe de residentes o médico de planta.
- Guardias, 1 (una) por semana actuando como residente responsable en caso que tuviera a su cargo a un residente de menor antigüedad.
- Actuar en la urgencia bajo supervisión del neurocirujano de guardia y ayudado por el residente de menor antigüedad.
- Actuar como primer ayudante en cirugías de alta complejidad, como cirujano en cirugías de baja y mediana complejidad, también como cirujano en cirugías de mayor complejidad (siempre con la asistencia directa de médico de planta) y como cirujano en las cirugías de urgencias (siempre bajo la supervisión del neurocirujano de guardia). Las cirugías de mayor complejidad son:
- Meningiomas
- Abordajes a la base de cráneo.



- Abordajes vasculares.
- Tumores habituales de fosa posterior.
- Tumores de la región selar.
- Tumores extramedulares e intramedulares
- Abordajes anteriores al raquis y disquetomías, incluidas las hernias foraminales y extraforaminales.

ROTACIONES:

- Cuatro (4) meses por Neurocirugía Pediátrica.
- Dos (2) meses por Cirugía Estereotáctica (si no existiera esta subespecialidad en su institución).

ACTIVIDAD ACADÉMICO CIENTÍFICA:

- Abordar los contenidos teóricos previstos en el presente programa.
- Concurrir a por lo menos 2 (dos) Congresos que se desarrollen en el país y/o en el exterior presentando y actuando como relator en no menos de 2 (dos) trabajos desarrollados durante el año académico.
- Se autorizará a que el residente viaje al exterior a fin de realizar cursos de perfeccionamiento de la especialidad de común acuerdo con el jefe de servicio.
- Una monografía sobre tema de la especialidad a determinar por el jefe del servicio.
- Una monografía por rotación
- Curso de perfeccionamiento de la A.A.N.C. y la Cátedra de Neurocirugía.

CONTENIDOS

Los contenidos se han agrupado en Módulos y estos agrupados en Bloques.

Bloque A: Formación académica.

Objetivo: Adquirir y profundizar los conocimientos académicos que fundamentan la práctica profesional específica.

Módulos: - Neurología

- Neuroimágenes
- Terapia Intensiva
- Neuroanatomía
- Neuropatología
- Neurobiología

Bloque B: Práctica profesional específica

Objetivo: Desarrollar habilidades y destrezas quirúrgicas inherentes a la especialidad.

Módulo: - Cirugía General

- Neurocirugía
- Neurorradiología Intervencionista
- Neurocirugía Pediátrica
- Neurocirugía Estereotáctica
- Neurocirugía Endoscópica

Bloque C: Salud pública

Objetivo: - Adquirir herramientas conceptuales orientadas a la comprensión del contexto socio-sanitario y el desarrollo de un enfoque integrado del proceso salud-enfermedad-atención.

Módulos: - Sistema de salud, políticas y estrategias.

- Redes y centros de atención.
- Planificación local de la salud

Bloque D: Bioética

Objetivo: Comprender las bases de la bioética, principios éticos y su implicancia en la práctica profesional.

Módulo: Ética teórica y bioética.

Bloque E: Metodología de la investigación

Objetivos: - Analizar críticamente las producciones científicas.

- Diseñar, desarrollar y evaluar trabajos científicos.

Módulos: - Introducción a la metodología científica



- Aplicación de la metodología científica al campo específico.

Bloque F: Formación complementaria

Objetivo: - Completar la formación del médico residente.

Módulos: - Idiomas, en especial Inglés.

- Informática

- Cursos opcionales

MÓDULO NEUROLOGÍA

SEMIOLOGÍA BÁSICA

- Nociones de Anatomía, Fisiología y Patología.
- Exploración: anamnesis, enfermedad actual, examen general, facies, actitud y marcha.
- Pares craneales: exploración, alteraciones, síndromes lesionales de varios pares craneales.
- Motilidad: nociones generales, exploración, motilidad activa voluntaria y fuerza muscular. Alteraciones: parálisis, hemiplejía, paraplejías, cuadriplejías, monoplejías. Parálisis por alteraciones neuro-musculares.
- Tono muscular: nociones generales. Exploración. Alteraciones: hipotonía, hipertonía y distonía.
- Trastornos tróficos: nociones generales: Exploración. Alteraciones trastornos tróficos musculares: atrofas, hipertrofias. Trastornos tróficos sistema osteoarticular. Hemiatrofia facial progresiva, hemihipertrofia facial progresiva.
- Taxia: nociones generales. Exploración. Coordinación dinámica y estática. Signo de Romberg. Ataxia periférica, central y mixta.
- Praxia: nociones generales, exploración, alteraciones.
- Reflejos: nociones generales. Exploración n. Reflejos osteotendinosos. Reflejos superficiales y mucosos. R. de automatismo medular. R. tónicos. Síntesis de reflejos. Clonus. Sincinesias. Hiperreflexia, hiporreflexia y arreflexia. Inversión de reflejos: Reflejo de Babinski. Reflejo patológico, valor localizador de los reflejos.
- Movimientos Involuntarios: convulsiones, epilepsia. Tics. Coreoatetosis. Temblor y mioclonías. Síndrome extrapiramidal, fasciculaciones, mioquimias, disquinesias, bucolingual.
- Sensibilidad: Vías sensitivas, distribución radicular y periférica. Alteración de la sensibilidad subjetiva. Dolores, Parestesias o disestesias. Dolor en las enfermedades del SNC. Sensibilidad objetiva. Síndromes sensitivos: síndrome medular, síndrome radicular, periférico, central. Alteraciones ps icógenas de la sensibilidad.
- Sueño, conciencia y coma.
- Palabra y lenguaje: exploración y alteraciones. Afasias y agnosias.

GRANDES SÍNDROMES NEUROLÓGICOS:

- a- Síndromes comatosos.
- b- Síndrome de hipertensión endocraneana
- c- Síndrome cerebeloso
- d- Síndrome meníngeo.
- e- Síndrome vertiginoso.
- f- Síndromes vasculares.
- g- Síndromes lobares.
- h- Síndromes cognitivos.

PATOLOGÍA PREVALENTE

- a- Enfermedades vasculares del SNC
- b- Epilepsia
- c- Enfermedades del sistema extrapiramidal
- d- Enfermedades desmielinizantes
- e- Enfermedades miopáticas
- f- Enfermedades metabólicas
- g- Enfermedades de la unión neuromuscular
- h- Enfermedades del SNP
- i- Síndromes paraneoplásicos
- j- Enfermedades degenerativas
- k- Facomatosis



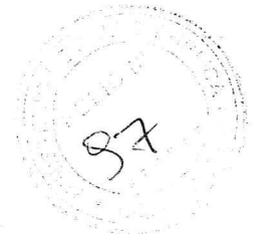
MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

- a- Electroencefalografía, mapeo cerebral y polisomnografía
- b- Potenciales evocados (potenciales evocados visuales, potenciales evocados auditivos de tronco, potenciales evocados somatosensitivos)
- c- Electromiografía y otros estudios neuromusculares
- d- L.C.R.

MÓDULO NEUROIMÁGENES

INTRODUCCIÓN - BIBLIOGRAFÍA

- Radiografía



- Dolor abdominal: tipos tratamiento médico y quirúrgico.
- Cólico biliar, colecistitis, pancreatitis, perforación de víscera hueca: diagnóstico diferencial, tratamientos.
- Laparotomía exploradora; indicaciones.
- Urgencias quirúrgicas: cuello, tórax, abdomen y pelvis.
- Colocación de tubos de avenamiento pleural, drenajes (distintos tipos), indicaciones de cirugía percutánea y/o laparoscópica en forma programada y en urgencia. Manejo de sondas.
- Heridas penetrantes, tipos, tratamientos.
- Manejo de heridas quirúrgicas y drenajes.
- Quemados y escarados, tratamiento y manejo en sala.
- Manejo del medio interno del paciente quirúrgico.
- Alimentaciones enterales y parenterales indicaciones y manejos de las mismas.
- Lesión vascular: tipos y conductas.
- Tratamientos antibióticos, indicaciones.

MÓDULO NEUROCIRUGÍA

Nivel I

- Hematomas extradurales
- Hematomas subdurales agudos y crónicos.
- Hundimiento de cráneo con y sin compromiso cerebral.
- Sensores de P.I.C.
- Drenajes ventriculares externos.
- Craneotomía programada de fosa posterior.
- Laminectomía lumbar,

Nivel II

- Derivación ventrículo peritoneal.
- Retoque valvular.
- Tumores hemisféricos supratentoriales (secundarios y primarios).
- Abordajes a la fosa posterior hasta la apertura dural.
- Abordajes pterionales hasta visualización de nervio óptico.
- Patología raquímedular: evacuación y exéresis de procesos expansivos extradurales en ubicación posterior o lateral al estuche dural (que requieran abordaje posterior). Abordaje por laminectomía a todos los niveles.
- Discectomías lumbares, excluyendo las foraminales o extraforaminales.

Nivel III

- Meningiomas.
- Abordajes a la base del cráneo.
- Abordajes vasculares.
- Tumores habituales de fosa posterior.
- Tumores de la región selar y paraselar.
- Tumores extramedulares e intramedulares.
- Abordajes anteriores al raquis y discectomías, incluidas las hernias foraminales y extraforaminales.

Bloque C: Salud pública

MÓDULO SISTEMA DE SALUD, POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS.

El sistema de salud: Caracterización general. Modelos de atención de la salud. Público, seguridad social y privado. Políticas sociales y de salud. Economía y mercado de salud. Atención primaria de la salud.

MÓDULO REDES Y CENTROS DE SALUD



- Lesiones no degenerativas y no traumáticas del raquis- Aracnoiditis, malformaciones vasculares, lesiones inflamatorias y desmielinizantes, infecciones.
- Presentación de casos. Ejercicios diagnósticos.
- Evaluación final.

MÓDULO TERAPIA INTENSIVA

PRINCIPALES TEMAS Y PATOLOGÍAS EN UTI

- Atención integral del paciente politraumatizado.
- Traumatismo encéfalo craneano.
- Traumatismo raquimedular.
- Trauma del tórax.
- Trauma de abdomen y pelvis.
- Trauma de extremidades.
- Coma, semiología neurológica.
- Neurointensivismo - Monitoreo neurológico.
- Convulsiones - Estado de mal epiléptico..
- Hemorragia subaracnoidea.
- Hematoma intracerebral espontáneo.
- Síndrome de hipertensión endocraneana, manejo del edema cerebral.
- Stroke.
- Muerte cerebral y donación de órganos.
- Insuficiencia respiratoria aguda.
- Manejo de la vía aérea.
- Ventilación mecánica
- Nuevas formas de ARM.
- Trastornos de hidratación.
- Trastornos electrolíticos.
- Vigilancia infectológica en Terapia Intensiva.
- Tomas de muestra para cultivo.
- Infecciones del sistema nervioso central.
- Neumonía nosocomiales y asociadas al ventilador.
- UTI y SIDA.

Bloque B: Práctica profesional específica

MÓDULO CIRUGÍA GENERAL

Rotación de cuatro meses destinada a médicos residentes de Neurocirugía, a fin de completar el programa en dicha especialidad.

Dicha pasantía consta de actividades en sala, guardia (2 por semana) y quirófano (1° y 2° ayudante).

En la actividad de sala se pretende que comprenda y sepa manejar las principales patologías quirúrgicas, cuidados en el pre y post-operatorio, manejo de heridas. Drenajes y complicaciones más frecuentes.

Durante las guardias comprenderá y colaborará con el tratamiento de la patología de urgencia. Asistirá al cirujano de guardia como primer o segundo ayudante en las urgencias quirúrgicas según la complejidad y el criterio del especialista.

Los contenidos teóricos se adjuntarán con el programa pre-establecidos para la residencia de Cirugía General; haciendo hincapié en los principales temas como:

- Anatomía del cuello, de las paredes de abdomen, del tórax.
- Material de uso corriente en cirugía (tipos de sutura, usos, instrumental).
- Comportamiento en el área quirúrgica (asepsia, antisepsia, lavado de manos, uso de material estéril, desempeño del cirujano y de los ayudantes).
- Eventraciones.
- Evisceraciones.
- Hernias.
- Sistema arterial y venoso: canalizaciones y acceso venoso para la reposición de líquidos. Colocación de sistemas multipropósito.
- Abordajes quirúrgicos del cuello, tórax y abdomen, indicaciones, complicaciones.
- Diagnóstico diferencial entre abdomen agudo médico y quirúrgico.



- Dolor abdominal: tipos tratamiento médico y quirúrgico.
- Cólico biliar, colecistitis, pancreatitis, perforación de víscera hueca: diagnóstico diferencial, tratamientos.
- Laparotomía exploradora; indicaciones.
- Urgencias quirúrgicas: cuello, tórax, abdomen y pelvis.
- Colocación de tubos de avenamiento pleural, drenajes (distintos tipos), indicaciones de cirugía percutánea y/o laparoscópica en forma programada y en urgencia. Manejo de sondas.
- Heridas penetrantes, tipos, tratamientos.
- Manejo de heridas quirúrgicas y drenajes.
- Quemados y escarados, tratamiento y manejo en sala.
- Manejo del medio interno del paciente quirúrgico.
- Alimentaciones enterales y parenterales indicaciones y manejos de las mismas.
- Lesión vascular: tipos y conductas.
- Tratamientos antibióticos, indicaciones.

MÓDULO NEUROCIRUGÍA

Nivel I

- Hematomas extradurales
- Hematomas subdurales agudos y crónicos.
- Hundimiento de cráneo con y sin compromiso cerebral.
- Sensores de P.I.C.
- Drenajes ventriculares externos.
- Craneotomía programada de fosa posterior.
- Laminectomía lumbar,

Nivel II

- Derivación ventrículo peritoneal.
- Retoque valvular.
- Tumores hemisféricos supratentoriales (secundarios y primarios).
- Abordajes a la fosa posterior hasta la apertura dural.
- Abordajes pterionales hasta visualización de nervio óptico.
- Patología raquímedular: evacuación y exéresis de procesos expansivos extradurales en ubicación posterior o lateral al estuche dural (que requieran abordaje posterior). Abordaje por laminectomía a todos los niveles.
- Dissectomías lumbares, excluyendo las foraminales o extraforaminales.

Nivel III

- Meningiomas.
- Abordajes a la base del cráneo.
- Abordajes vasculares.
- Tumores habituales de fosa posterior.
- Tumores de la región selar y paraselar.
- Tumores extramedulares e intramedulares.
- Abordajes anteriores al raquis y dissectomías, incluidas las hernias foraminales y extraforaminales.

Bloque C: Salud pública

MÓDULO SISTEMA DE SALUD, POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS.

El sistema de salud: Caracterización general. Modelos de atención de la salud. Público, seguridad social y privado. Políticas sociales y de salud. Economía y mercado de salud. Atención primaria de la salud.

MÓDULO REDES Y CENTROS DE SALUD.

Redes y servicios. El hospital público. Centros de atención. Recursos humanos. El equipo de salud: Caracterización y propuestas de trabajo. Capacitación como estrategia de cambio.

MÓDULO PLANIFICACIÓN LOCAL DE LA SALUD

Análisis de la situación local de la salud. Análisis y procedimientos epidemiológicos. Evaluación de los principales problemas de salud de la población y del sistema de atención local. Definición de prioridades. Métodos de programación. Atención de la salud en el primer nivel de atención.



BLOQUE D: Bioética.

MÓDULO ÉTICA TEÓRICA Y BIOÉTICA.

- Ética teórica y bioética. Orígenes de la ética dentro de la historia de la filosofía. El nacimiento de la bioética y su estado actual. Comités de ética institucional.
- Relación médico – paciente - familia dentro de los conceptos éticos. Estilos y conceptos actuales.
- Derechos del paciente. Historia. De Nüremberg a la actualidad.
- Consentimiento informado. Fundamentos éticos y aplicación formal.
- Toma de decisiones terapéuticas. La autonomía en la bioética. El lugar de la familia. Decidir por otros.
- Confidencialidad y secreto médico.
- El paciente terminal. Decisiones sobre la muerte. Eutanasia y suicidio asistido
- La ética en el ejercicio de la vida profesional. Relaciones con pacientes, familias, otros profesionales e instituciones. Algunos códigos deontológicos.

Bloque E: Metodología de la investigación

MÓDULO INTRODUCCIÓN A LA METODOLOGÍA CIENTÍFICA

- Bioestadística aplicada. Estudios de investigación retrospectivos (o de casos o control), Estudios prospectivos (o de cohortes). Ensayos clínicos controlados.
- Concepto de universo. Tamaño de la muestra. Definición de hipótesis (nula y alternativas). Errores de tipo alfa y beta. Variables de estudio. Cómo seleccionarlas.
- Estadística descriptiva: recolección, clasificación, representación y resumen de datos. Estadística analítica.
- Pruebas de significación. Conceptos. Las más usuales. Indicaciones y errores en su aplicación. Nivel de significación. Intervalos de confianza.
- Elección de modelos experimentales de acuerdo con los propósitos de alguna investigación. Aleatoriedad.

MÓDULO APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA CIENTÍFICA AL CAMPO ESPECÍFICO.

- Estructura y redacción de un trabajo científico. Conceptos y estructura de editorial, ensayo, gacetilla, monografía, trabajo científico y tesis. Reglamentos de publicación . Concepto de resúmenes estructurados.
- Concepto de protocolo de investigación y desarrollo de uno básico. Sus componentes e importancia de cada ítem.
- Proyecto de investigación: Elaboración de un diseño básico
- Análisis y crítica de publicaciones médicas.
- Ejemplos y lecciones extraídas de publicaciones.
- Presentación y análisis crítico de protocolo de investigación.

Bloque F: Formación complementaria

MÓDULO IDIOMA INGLÉS

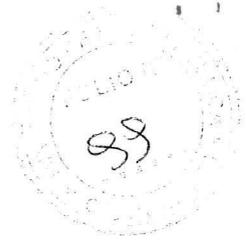
Cada unidad de residencia establecerá los contenidos y modalidad del curso de idiomas. Al terminar la residencia los educandos serán capaces de interpretar un texto referido a temas de la especialidad en idioma inglés. Será optativo para aquellos residentes que acrediten conocimientos previos.

MÓDULO INFORMÁTICA

Cada unidad de residencia establecerá los contenidos y modalidad del curso de informática. Al concluir la residencia los educandos serán capaces de utilizar el procesador de textos, base de datos y acceder a bibliografía por este medio, p. ej.: Internet. Será optativo para aquellos residentes que acrediten conocimientos previos.

MÓDULO CURSOS OPCIONALES

Cada unidad de residencia planificará la concurrencia a cursos ofrecidos por diferentes instituciones reconocidas, teniendo en cuenta la calidad de la oferta educativa, la posibilidad de ampliar la formación en función del perfil profesional, y los intereses del médico residente.



REFERENCIAS

- Aguilar O.L.

"Residencias médicas (conceptos básicos)

Como procedimiento formativo previo a la certificación"

Boletín del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos, Año 2 No. III

- Arauz J.C.

"Conferencia - Definiciones y Conceptos"

Boletín del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos, Año 3 No. VII

-Asociación Argentina de Neurocirugía

PROGRAMA DE LA RESIDENCIA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA*



(Para ser implementado a partir del año 2010)

**SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (Reconocido por la AAOyT)
HOSPITAL ESCUELA GRAL. FRANCISCO DE SAN MARTÍN JEFE: PROF. DR.
FRANCISCO JOSÉ GONZÁLEZ (Responsable Académico de la Residencia)**

* Basado en las recomendaciones de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología (AAOyT) para la realización y reconocimiento de los Programas de Residencias en la Especialidad.

PERFIL DEL RESIDENTE:

Se pretende formar un profesional que posea:

- _ Sólidas bases científicas.
- _ Capacidad para resolver las patologías traumatológicas 'y ortopédicas prevalentes en la comunidad
- Conocimiento de la realidad médico-social de su comunidad.
- Capacidad de integración a grupos de trabajo e interdisciplinarios.
- Adecuada relación médico-paciente.
- Aptitudes adquiridas para la educación continua.

En resumen: Se busca que el Residente adquiera los conocimientos, destrezas y actitudes fundamentales en Ortopedia y Traumatología.

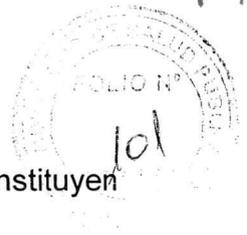
Metodología:

Se utilizarán todas aquellas estrategias tendientes a facilitar el aprendizaje de conocimientos y Habilidades necesarias para lograr un desempeño eficiente de la especialidad.

- , Por ello se procurará durante la Residencia que el educando tenga actividades asistenciales, académicas y de investigación básica aplicada.

Las actividades para obtener el logro del objetivo general serán:

- prácticas de anatomía.
- Actividades científicas (Revistas generales de Sala, Ateneos clínicos, Ateneos bibliográficos). - Actividades en Consultorios Externos y Salas de Internación de la Especialidad.
- Actividades en Sala de Yesos.
- Actividades quirúrgicas.
- ,-Actividades de formación (Cursos internos y externos, Jornadas, Congresos).
- '- Investigaciones clínicas.
- Búsqueda bibliográfica.
- Aprendizaje de un idioma extranjero (preferentemente inglés).
- Aprendizaje de niveles básicos de computación.
- Curso de anatomía patológica.
- Guardias activas de la especialidad.



- Colaborar en la docencia de PRE-grado.
- Rotación por Cirugía General, Cirugía Vascular y Plástica.
- En el curso de su formación, rotará períodos fijos por los distintos Equipos que constituyen el Servicio en el que se desempeñará.

La evaluación del Residente será periódica, realizada por el Instructor o Jefe de Residentes el Responsable Académico de la Residencia y el Jefe del Servicio, con el aval del departamento de Docencia e Investigación del Hospital. De la misma se entregará un informe al Residente.

En, dicha evaluación se tendrá en cuenta:

- a) el seguimiento diario de sus actividades;
- b) un registro de las actividades que desarrolla a lo largo del año académico;
- c) su predisposición al trabajo;
- d) sus aptitudes de integración al grupo;
- e) su relación médico-paciente.
- f) examen teórico-práctico de acuerdo al año que cursa el Residente.

Es recomendable la asistencia a un Curso que incluya aspectos relacionados con Informática, (bioestadística, Metodología de la Investigación y Deontología Profesional.

- 1- Introducir al Residente en los conocimientos elementales de la especialidad: clínicos, traumatológicos, ortopédicos y de rehabilitación y en los métodos auxiliares de diagnóstico: laboratorio, por imágenes, etc.
- 2- Enseñanza y práctica en la confección de Historias Clínicas.
- 3- Formación para el manejo PRE y post-operatorio simple y complicado.
4. Aplicada instrucción en las normas de tratamientos básicos del Servicio.
- 5; Que adquiera conocimientos básicos de los procedimientos médico-Legales para autorización quirúrgica y de traslado de los pacientes.
- 6-integración desde el inicio en las actividades científicas del Servicio con progresiva participación activa (ateneos clínicos y ateneos bibliográficos).
- 7-Interesarlo en adquirir capacitación extracurricular con asistencia a cursos externos, actividades en la asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología, Congresos y Jornadas de la especialidad.
- 8-Contemplar una Rotación inicial por Cirugía General no superior a los 3 meses para el aprendizaje básico de gestos quirúrgicos.

-Rotación, de tres meses por Cirugía General, compartiendo tareas con. Los residentes y preferentemente por el sector de paredes y cirugía vascular.

-Tareas asistenciales en el Sector de Internación, asistido por residentes de años superiores y médicos de planta confeccionará Historias Clínicas, pedido de exámenes complementarios, cuidados pre y post

-Operatorios ortopédicos y traumatológicos.

Asistencia regular a Sala de Yesos, donde colaborará en la confección de los mismos asistido por residentes de años superiores y médicos de planta.

Guardias de 24 horas bajo la supervisión de residentes de años superiores o de traumatólogos de Guardia realizará no menos de 2 (dos) Guardias semanales incluyendo la rotativa del domingo.

- En el segundo semestre, asistencia supervisada a Consultorios Externos de la especialidad.

: En los primeros 6 (seis) meses sólo participará como ayudante y aprenderá prácticas elementales como tracción esquelética, artrocentesis, etc. Hay que tener en cuenta que en dicho semestre estará incluida la rotación por Cirugía General de 3 meses. En el segundo semestre actuará como cirujano en cirugía menor y mediana ambulatoria, siempre asistido por un médico de planta.

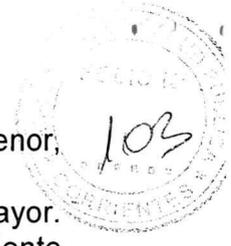
- Participará también en forma progresiva en las Revistas de sala, en las que será el presentador de los casos a su cuidado; dirigido por residentes de años superiores y/o médico de planta.
- Su participación en los ateneos clínicos y bibliográficos será progresiva y, en caso de realizar la
- Presentación, de un paciente, deberá estar asistido por el Encargado del sector correspondiente.
- En su curso del primer semestre. Se contemplará una rotación de 1 (un) mes de Terapia Intensiva.
- Se programarán reuniones conjuntas con el Servicio de Neurología y/o Neurocirugía para que el residente se interiorice de métodos auxiliares (electromiograma, PESS) y por imágenes (TAC y RMN)
- Participará en Trabajos de Investigación clínica y experimental.
- Asistirá a Cursos internos y externos, reuniones de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología, Congresos y Jornadas.
- Deberá hacer prácticas de anatomía.
- Deberá asistir a un Curso de Anatomía Patológica.
- Asistirá a cursos de aprendizaje de inglés y de computación.

Segundo Año de Residencia:

- 1 Afianzar y profundizar los conocimientos. de la etapa anterior, adjudicarle mayores responsabilidades e introducirlo en etapas de conducción (por breves períodos).
- 2 Continuar su actividad en Consultorios Externos y en Guardia.
- 3- En Sala de Yesos realizará tareas de conducción.
- 4- En Internación tendrá a su cargo un residente de primer año, siendo responsable de la actividad y desempeño del mismo.
- 5- Avanzar en los conocimientos clínicos, traumatológicos, ortopédicos y de rehabilitación necesarios en la especialidad
- 6- Realizar abordajes quirúrgicos en cirugías mayores.

Metodología

- Estará a cargo, siempre supervisado por un médico de planta, de un sector de internación, desempeñando tareas asistenciales directas y teniendo a su cargo un médico residente de primer año.
- Realizar historias Clínicas y pedidos de exámenes complementarios.
- Efectuar cuidados pre y post-operatorios.
- Asumir la responsabilidad por la actividad y desempeño del residente de primer año a su cargo.
- Asistir en forma regular a la Sala de Yesos, donde los confeccionará e instruirá y supervisará a los residentes de primer año.



- Efectuar intervenciones quirúrgicas donde intervendrá como Cirujano en cirugía menor, mediana y como ayudante en cirugía mayor.
- En el segundo semestre actuará como cirujano en caso seleccionados de cirugía mayor. Todo residente debe ser ayudado por un médico de planta, pero cuando opere un residente de primer año en el equipo participará el residente de segundo año.
- Su participación en ateneos clínicos y bibliográficos en los que será responsable de presentar a los pacientes
- Asistir a un curso de Anatomía Patológica.
- Concurrir a Cursos, jornadas y Congresos de la especialidad.
- Tomar parte en tareas de investigación y búsqueda bibliográfica.
- Continuar con el Curso de aprendizaje de idioma inglés.
- En forma progresiva se desempeñará como Cirujano.
- Guardias de 24 Hs. No menos, de 2 por semana.

Tercer Año de Residencia

Objetivos

- 1) Profundizar su etapa formativa de post-grado, afianzando y ampliando los conceptos aprendidos en los años precedentes, resultado fundamental inculcarle el concepto de la necesidad imperiosa de la Educación Médica Continuada
- 2) Desarrollará sus actividades en Consultorios Externos, siempre en los días y horas de los equipos en los que le corresponda rotar y en Sala de Internación se desempeñará como Encargado de Sector.
- 3) Desempeñará tareas docentes con residentes y alumnos de pre-grado.
- 4) Continuará participando en actividades científicas y académicas.
- 5) Desarrollará actividades quirúrgicas como cirujano de Cirugía Mayor.

Metodología:

- En sus actividades de Sala de Internación, Sala de Yesos, supervisando a los residentes de años anteriores.
- En Consultorios Externos, se desempeñará los días y horas de los equipos en los que se integre.
- Actividades quirúrgicas como cirujano en las Cirugías de Urgencia (Guardia y Sala) y en Cirugía de complejidad creciente mayor y de alta complejidad {primero como ayudante y luego como cirujano}. ayudante en los casos que un residente actúe como cirujano.
- Continuará con su asistencia en actividades académicas y docentes del Servicio.
- Deberá rotar por un Servicio de Ortopedia Infantil reconocido por la filial Sociedad Argentina de Ortopedia traumatología Infantil; dicha rotación será de 3 (tres) meses.
- Realizará prácticas de Anatomía Patológica.
- Se desempeñará como Coordinador de los Ateneos Clínicos y Bibliográficos del Servicio.
- Colaborará activamente en las actividades docentes de pre-grado.
- Concurrirá a Cursos, Jornadas y Congresos de la especialidad y deberá participar en trabajos científicos que serán presentados en dichas reuniones.
- Participará en tareas de investigación.



- Continuara su Curso de aprendizaje de idioma inglés.
- El residente de tercer año realizará Guardia una vez por semana.

Cuarto año de residencia:

Objetivos.

- 1) obtener del educando una mayor profundización de conceptos globales de la especialidad.
- 2) Afianzamiento en el concepto de Educación Médica Continuada.
- 3) Inculcarle el concepto de retroalimentación que determina la enseñanza de pre-grado y de la residencia del año anterior.
- 4) Realizar actividades quirúrgicas. Rotando en uno o dos equipos a su elección en el año.

Metodología

- En sus actividades de Sala de Internación, Sala de Yesos, supervisando a los residentes de años anteriores
- En consultorios Externos, se desempeñará los días y horas de los equipos en los que se integre.
- Realizará guardia una vez por semana como Asistente del Traumatólogo de Guardia.
- Practicara cirugías mayores y se desempeñará como ayudante de residentes de años anteriores.
- Participara en las tareas de Investigación.
- Concurrirá a Cursos, Jornadas y Congresos de la Especialidad.
- Participara activamente en las actividades Docentes del Pre-Grado.

Jefe de Residentes

Dentro de sus actividades deberá:

- Organizar y coordinar las tareas de los residentes dentro de los programas preestablecidos.
 - Deberá reunirse por lo menos una vez al día con los residentes, con el objeto de discutir los problemas de los enfermos y del servicio.
 - Reunirse todos los días con el Jefe del Servicio, los jefes de clínica y/o de equipo, para tratar toda cuestión relacionada con los enfermos y coordinar las tareas del día.
 - Actuar juntamente con los instructores en la confección de las actividades docentes de los residentes seleccionar con el Jefe de servicio los enfermos para las reuniones clínicas, los ateneos clínicos patológicos, conferencias etc.
 - Coordinar las tareas comunes con los Jefes de Residentes de otros Servicios.
 - Evaluar cuatrimestralmente, juntamente con el Jefe de Servicio, a los residentes desde el Punto de vista médico, personal y ético.
 - Examinar todos los enfermos internados, luego que la historia haya sido completada por el residente
 - Pasar junto con los residentes visita general de sala todas las veces necesarias.
 - Cumplir guardia de la especialidad de acuerdo a organigrama del Servicio.
 - El Jefe de Residentes permanecerá un año en sus funciones.
- Desempeñará sus funciones con dedicación exclusiva.

Actividades docentes de pre-grado y post-grado con alumnos y residentes de primer,
segundo y tercer año
-Continuidad en el aprendizaje de idioma extranjero.



Dr. Francisco J. González
Jefe de servicio de Ortopedia y Traumatología
Responsable Académico Facultad de Medicina



**PROGRAMA DE RESIDENCIA EN ANATOMÍA PATOLÓGICA
2010**

a) Localización:

Servicio de Anatomía Patológica
Hospital Escuela J. F. De San Martín

b) Duración:

4 años

c) Plantel Docente:

Jefa de Servicio Dra. Carmen B. De Los Reyes de Beltrame.
Médicos de Planta: Dr. Osvaldo W. Roa (Jefe Sector de Citología)
Dra. María Susana Briend, (Jefa de Sección de Patología Quirúrgica)
Dr. Ángel Alsina. (Médico Adscripto)

d) Instructor de Concurrencia:

Dr. Ángel Alsina

e) Objetivos:

Se tratará de darla una educación integral, cumpliendo un plan de trabajo previamente trazado en el cuál estén previstos los principios éticos de medicina en general y en particular de la especialidad; que desarrollan sus conocimientos en el ambiente hospitalario, en forma conjunta con los residentes de otras especialidades, con dedicación exclusiva a tiempo completo.

Se les enseñará especialmente los principios básicos de la especialidad "Anatomía Patológica, haciéndoles conocer las técnicas adecuadas que se utilizan en el servicio, el trabajo diario del médico patólogo, remarcando los conceptos sobre la ética profesional.

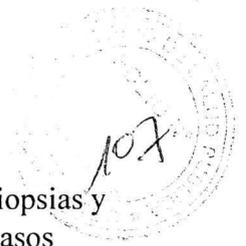
f) Plan de actividades:

1er año de Concurrencia:

- **Actividades Teóricas:** Introducción a la patología, Estudio de los conceptos Sobre Patología General y Lesiones Básicas. Métodos de estudio utilizados por el Patólogo. Técnicas de Laboratorio. Participación de Ateneos Anatómo-Clínicos y Bibliográficos dentro del servicio y con los otros Servicios de este hospital. Actividades científicas realizadas con los residentes de otras especialidades.
- **Actividades Prácticas:** Trabajo en el Laboratorio de Histopatología. Realización de la macroscopia de biopsias y piezas operatorias. Participación de Ateneos de Biopsias y resolución de casos problema. Observación de autopsia de los archivos. Realización de estudios post mortem parciales (autopsias parciales).

2do año de Concurrencia:

- * **Actividades Teóricas:** Estudio de las Lesiones Patológicas de los distintos sistemas y aparatos del organismo. Introducción de técnicas de alta complejidad. Participación en Ateneos Anatómo – Clínicos y Bibliográficos dentro del servicio y con los otros Servicios de este hospital. Actividades científicas realizadas con los residentes de otras especialidades.

- 
- **Actividades Prácticas:** Estudios macroscópicos y microscópicos de las biopsias y
 - piezas operatorias. Participación en Ateneos de Biopsias y resolución de casos problemas.

3er Año de Concurrencia:

- * **Actividades Teóricas:** Estudio de los conceptos básicos de Citología ginecológica y no ginecológica. Citología de Líquidos Corporales, Punción Aspiración con Aguja Fina. Participación en Ateneos Anatómo-Clínicos y Bibliográficos dentro Del servicio y con los otros servicios de este hospital. Actividades Científicas Realizadas con los residentes de otras especialidades.
- **Actividades Prácticas:** Observación y diagnóstico de citología ginecológica y no ginecológica. Participación de las PAAF. Realización de Estudios macroscópicos y microscópicos de las biopsias y piezas operatorias. Participación en Ateneos de Biopsias y resolución de casos problema.

4to Año de Concurrencia:

- **Actividades Teóricas:** Profundización y especialización en las patologías más Frecuentes de esta región.. Participación en Ateneos Anatómo-Clínicos y Bibliográficos dentro del servicio y con los otros servicios de este hospital. Actividades científicas realizadas con los residentes de otras especialidades.
 - **Actividades Prácticas:** Observación y diagnóstico de citología ginecológica y no ginecológica. Participación de las PAAF. Realización de Estudios macroscópicos y microscópicos de biopsias y piezas operatorias y Biopsias intraoperatorias. Participación en Ateneos de Biopsias y resolución de casos problema.
- Opcional:** Rotación por servicios de alta complejidad.



Hospital Escuela Gral. "José F. de San Martín"
Servicio de Terapia Intensiva
Corrientes- Argentina
Año: 2.010

PROGRAMA DE RESIDENCIA MÉDICA EN TERAPIA INTENSIVA

1- INTRODUCCIÓN:

La Medicina Crítica y Terapia Intensiva es una especialidad reconocida como tal, que abarca la atención integral de los pacientes con patologías médico-quirúrgicas agudas que ponen en riesgo su vida y que son potencialmente recuperables. Como tal, es una disciplina cuyo objetivo primordial es el enfoque unicista de patologías agudas correspondientes al campo de varias especialidades.

La práctica y el desarrollo de la medicina ha llevado a la creación de unidades polivalentes, llamadas comúnmente Salas de Terapia Intensiva, donde se concentra el recurso humano y técnico administrativo para lograr resultados mas eficaces en el tratamiento de estos enfermos.

Desde hace largos años se reconoce a la Medicina Crítica y a la Terapia Intensiva como una especialidad médica, habiéndose habilitado residencias en diferentes puntos del país para obtener un profesional hábilmente entrenado en la ejercitación profesional y el desarrollo de esta área.

El Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Escuela "Gral. San Martín" de Corrientes desde su creación ha implementado un sistema de residencias médicas en la especialidad que ha sido usado desde hace largo tiempo como marco de referencia de otros sistemas de educación en esta área. Fue implementado en 1.979 y continúa en forma ininterrumpida hasta la fecha ingresando al mismo uno, dos, tres o cuatro residentes por año, quienes actualmente ejercen en diferentes puntos del país y del extranjero.

La especialidad Medicina Crítica y Terapia Intensiva, definida en su marco conceptual, se basa en la adquisición de una sólida base clínico quirúrgica, sobre las cuales debe edificarse una estructura donde prime el pensamiento fisiopatológico.

La modalidad elegida en el presente programa para obtener la formación de recurso humano es la Residencia Médica, que utilizará como metodología clases teóricas y ejercitación práctica al lado de la cabecera del enfermo, discusión de casos clínicos, implementación tecnológica para seguimiento y diagnóstico y planteo de nuevas hipótesis de trabajo. Esto permitirá a través de una investigación bibliográfica crear proyectos de investigación básica y/o clínica y trabajos de revisión.

En la práctica, el desarrollo del presente programa tiende a formar recurso humano altamente capacitado en el área, con perfecta integración en el sistema de salud y con la implementación de pautas de conducta sobre educación médica continua, tendientes a lograr que el médico egresado del sistema actúe como efecto multiplicador en esta disciplina.



2- ORGANIZACIÓN:

2.1- Objetivos Generales:

- a- Profundizar y actualizar la formación del médico egresado de las Facultades de Medicina, en un área multidisciplinaria, como lo es la Medicina Crítica y la Terapia Intensiva.
- b- Promover el desarrollo de la capacidad de análisis, uso de los elementos auxiliares de diagnóstico, implementación de terapéuticas adecuadas (relación costo/beneficio).
- c- Propender al afianzamiento humanístico de la relación médico- paciente.
- d- Uso del método científico como norma del razonamiento, promoviendo la reflexión y análisis crítico.
- e- Promover la incorporación del médico a los equipos interdisciplinarios de salud..
- f- Promover la importancia de la educación médica continua, incorporándola como conducta permanente aún después de este periodo de formación.
- g- Promover la formación de médicos especialistas en directa vinculación con la actividad de post-grado de las Facultades de Medicina, estableciendo con ellas una estrecha vinculación.

2.2- Objetivos Específicos:

- a- Formar un médico especialista con alto nivel científico y humano, capaz de atender las patologías agudas en su más amplia acepción.
- b- Promover la habilitación y acreditación de servicios de salud destinados a la práctica de esta especialidad, en las cuales se insertará el médico egresado de este sistema de educación.
- c- Promover el desarrollo del conocimiento fisiológico y fisiopatológico, a través de un intenso entrenamiento teórico-práctico, destinado a tomar conductas terapéuticas rápidas y correctas en el momento de presentación de los problemas agudos.
- d- Concretar el perfil del intensivista a través del enfoque correcto de las patologías agudas que atañen a las distintas áreas médicas (Clínica Médica, Cirugía, Traumatología, Neurocirugía, Urología, Nefrología, Otorrinolaringología, Toxicología y otras).
- e- Establecer una estrecha relación con los otros lugares donde se forman especialistas del área, a través de sistemas de intercambio y rotaciones.

2.3 Dependencia:

Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Escuela "Gral. San Martín" de Corrientes.

Ministerio de Salud Pública de la provincia de Corrientes.

Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste, encargada del control académico por convenio con el Ministerio de referencia.



2.4 Estructura orgánica:

2.4.1 Equipo de conducción:

Jefe del Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Escuela "Gral. San Martín" de Corrientes.

Tendrá a su cargo todo lo relacionado con la implementación y cumplimiento del programa de la Residencia Médica en los aspectos referidos a la enseñanza, metodología y evaluación, así como la supervisión y el cumplimiento del mismo y la programación de las fechas en que se cumplirán cada una de las evaluaciones. Cuidará la provisión permanente del material de uso corriente para la enseñanza y tramitará cualquier solicitud que formulen el resto del equipo docente, así como los alumnos dentro de sus posibilidades.

2.4.2 Equipo docente: Médicos de planta:

Ejercerán funciones como docentes del sistema, en calidad de instructores.

2.4.3 Destinatarios del programa: Residentes:

Serán los destinatarios del sistema. Se habilitarán tres cargos por año y un cargo para Jefe de Residentes, quienes serán seleccionados de acuerdo a las normas establecidas por la Resolución N° 2.379/99 – C.D. de la Facultad de Medicina de la UNNE.

3- Plan de Estudios:

3.1 Duración del programa. 3 años y un cuarto año para un residente egresado del tercer año que se desempeñará como Jefe de Residentes.

- 3.2 Metodología:** - Clases teóricas de acuerdo al plan desarrollado en este programa.
- Ateneos bibliográficos.
 - Ateneos clínicos.
 - Ateneos anatómo clínicos.
 - Ateneos de epicrisis o de alta de los pacientes internados en la unidad.
 - Recorridas de sala: pases de guardia al comienzo y al fin de la jornada y recorrida central diaria.
 - Actividad práctica en la cabecera del enfermo: confección de historias clínicas, recolección de muestras, elaboración de indicaciones terapéuticas, indicaciones para el uso y manejo de la aparatología necesaria para la asistencia de los pacientes críticos.
 - Entrenamiento en la realización de las maniobras habituales en dichos pacientes (accesos vasculares, colocación de sondas, asistencia respiratoria mecánica, etc.)

3.3 Desarrollo del plan de actividades teóricas:

PRIMER AÑO:

Módulo 1. Medio interno.....20 h/al.
Módulo 2. Respiratorio.....40 h/al.
Módulo 3. Shock.....16 h/al.



Módulo 4. Aparato cardiovascular....50 h/al.

Módulo 5. Trauma.....54 h/al.

Total horas teóricas:.....180 h/al.

SEGUNDO AÑO:

Módulo 6. Hematología..... 12 h/al.

Módulo 7. Nefrología.....26 h/al.

Módulo 8. Neurología.....40 h/al.

Módulo 9. Peri y post operatorio.....10 h/al.

Total horas teóricas..... 88 h/al..

TERCER AÑO:

Módulo 10. Toxicología.....16 h/al.

Módulo 11. Gastroenterología20 h/al.

Módulo 12. Endocrinología.....16 h/al.

Módulo 13. Infectología.....52 h/al.

Módulo 14. Nutrición..... 10 h/al.

Módulo 15. Misceláneas.....18 h/al.

Total horas teóricas.....132 h/al.

Total de horas teóricas del programa: 400 h/al.

PROGRAMA.

Módulo I. MEDIO INTERNO.

- Clase inaugural.
- Metabolismo del agua y del sodio.
- Hiponatremias y hipernatremias.
- Metabolismo del potasio.
- Metabolismo del magnesio, fósforo y calcio.
- Transtornos simples del metabolismo ácido base.
- Transtornos mixtos del metabolismo ácido base.

Módulo II. RESPIRATORIO

- Fisiopatología respiratoria.
- Insuficiencia respiratoria.



- Evaluación del intercambio gaseoso.
- Kinesioterapia. Humidificación. Oxigenación. CPAP. Modalidades. Mal asmático.
- Reagudización del EPOC.
- Infecciones respiratorias.
- Edema pulmonar no cardigénico.
- SDRAA.
- Enfermedades neuromusculares: miastenia gravis. Síndrome de Guillain Barré.
- Farmacología respiratoria.
- Fatiga muscular respiratoria.
- Ventilación mecánica: respiradores.
- Ventilación mecánica: indicaciones. Modalidades. Programación.
- Nuevas técnicas de ARM.
- Ventilación mecánica: monitoreo, destete.
- Ventilación mecánica. Complicaciones, radiografía del tórax en la U.T.I.

Módulo III. SHOCK.

- Transporte de oxígeno.
- Fisiopatología del shock.
- Shock hipovolémico.
- Shock séptico.
- Falla maultiparenquimatosa.
- Tratamiento farmacológico del shock.

Módulo IV. APARATO CARDIOVASCULAR.

- Monitoreo hemodinámico.
- Fisiopatología cardiovascular.
- A.C.L.S. (Resucitación Cardiovascular de Avanzada).
- Electrofisiología.
- Insuficiencia cardíaca.
- Farmacología cardiovascular.
- Bradiarritmias.
- Marcapasos.
- Cardiopatía isquémica (clínica).
- Métodos auxiliares en su diagnóstico.
- Cardiopatía isquémica. Tratamiento médico.
- Cardiología intervencionista (Angioplástica).
- Cardiopatía isquémica. Tratamiento quirúrgico.
- Shock cardiogénico.
- Emergencias hipertensivas.
- Aneurisma disecante.
- Taquiarritmias supraventriculares y ventriculares.



- Recuperación cardiovascular.
- Cardiología intervencionista.

Módulo V. TOXICOLOGÍA.

- Generalidades de intoxicaciones.
- Intoxicaciones por pesticidas.
- Intoxicaciones por alcoholes.
- Intoxicaciones por psicofármacos.
- Monóxido de carbono y picaduras.

Módulo VI. GASTROENTEROLOGÍA.

- Pancreatitis aguda.
- Complicaciones.
- Insuficiencias hepática aguda.
- Hemorragia digestiva alta con hipertensión portal.
- Hemorragias digestivas alta y baja.
- Colestasis y colanginitis.
- Post operatorio de cirugía abdominal grave.
- Transplante hepático.

Módulo VII. HEMATOLOGÍA.

- Trastornos de la coagulación.
- Anemias agudas.
- Hemoterapia.

Módulo VIII. NEFROLOGÍA.

- Fisiología renal.
- I.R.A. (Insuficiencia Renal Aguda) e I.R.C. (Insuficiencia Renal Crónica Reagudizada).
- Procedimientos dialíticos (acessos vasculares, diálisis, hemoperfusión, etc.).
- Farmacología renal y nefrotoxicidad.
- Aborto séptico.
- Uropatía obstructiva.
- Retención aguda.
- Hemorragia urinaria y bloqueo vestibular.



Módulo IX. TRAUMA.

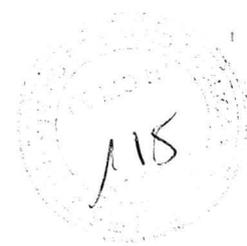
- Manejo prehospitalario del paciente politraumatizado.
- Manejo intrahospitalario del paciente politraumatizado.
- Analgesia y sedación en el trauma.
- Síndrome de embolismo grave.
- Traumatismo torácico: su manejo quirúrgico.
- Traumatismo torácico: su manejo en el área de U.T.I.
- Diagnóstico y tratamiento del trauma abdominal.
- Traumatismo maxilofacial.
- Traumatismo encéfalo-craneano.
- Traumatismo raquímedular.
- Traumatismo de extremidades y pelvis.
- Categorización y scores.
- Manejo del paciente quemado.

Módulo X. INFECTOLOGÍA.

- El laboratorio bacteriológico en el diagnóstico de la infección en UTI.
- Técnicas de diagnóstico rápido.
- Tratamiento antibiótico empírico.
- Profilaxis antibiótica.
- Resistencia bacteriana.
- Infección intrahospitalaria. Normas de control.
- Neumopatías extrahospitalarias.
- Neumonía intrahospitalaria y neumopatías en ARM.
- Infección en el huésped inmunocomprometido.
- SIDA en el contexto de la U.T.I.
- Infecciones micóticas.
- Endocarditis bacteriana.
- Tétanos.
- Infecciones severas de partes blandas.
- Sepsis por catéter.
- Foco endovascular.

Módulo XI. PERI Y POST OPERATORIO.

- Riesgo quirúrgico y anestesia en la paciente crítico.
- Post operatorio.
- Fístulas: manejo quirúrgico.
- Fístulas: manejo médico.



Módulo XII. NUTRICIÓN.

- Evaluación nutricional.
- Metabolismo de la injuria.
- Nutrición parenteral.
- Nutrición enteral.

Módulo XIII. MISCELÁNEAS.

- Informática en U.T.I.
- Aspectos éticos en la Medicina Intensiva.
- Scores de gravedad y mortalidad.
- Aspectos psicosociales en Medicina Intensiva.
- Organización y fundamentos de U.T.I.
- Certificación de especialidad.
- Ahogamiento y electrocución.
- Farmacodinámica.
- Hipotermia.

3.4 Desarrollo del plan de actividades prácticas de cada residente por año.

PRIMER AÑO:

- Confección de historias clínicas.
- Solicitud de exámenes complementarios.
- Elaboración de las indicaciones terapéuticas.
- Revista de sala.
- Accesos vasculares (venoso, arterial, para hemodiálisis).
- Intubación orotraqueal y nasotraqueal.
- Colocación de catéteres endocavitarios para medición de volumen minuto cardíaco y presiones.
- Colocación de marcapaso transitorio.
- Cardioversión y desfibrilación eléctrica.
- Hemodiálisis y diálisis peritoneal.
- Asistencia respiratoria mecánica.
- Recolección de muestras biológicas.
- Monitoreo respiratorio y cardiovascular no invasivo.
- Evaluación nutricional.
- Medición de gases en sangre, coloración de Gram, determinaciones simples de laboratorio: hematocrito, recuento de glóbulos blancos, glucemia, tiempo de coagulación y evaluación de frotis de sangre periférica.



SEGUNDO AÑO:

- Colaboración y supervisión de las tareas del residente de primer año.
- Confección de las epicrisis de los pacientes egresados.

TERCER AÑO:

- Integración a las actividades programadas del servicio.
- Participación activa en las actividades docentes del servicio y en los ateneos.
- Rotaciones.

3.5 Guardias.

Los médicos residentes realizarán guardias activas de 24 horas, por lo menos dos veces a la semana. El régimen de guardias será determinado de acuerdo a las necesidades del Servicio. Durante la guardia se servirán las colaciones en el lugar de trabajo, y deberá pernoctar en el mismo, en el sitio destinado al efecto.

3.6 Rotaciones.

Residentes de tercer y cuarto año:

OBLIGATORIAS: Anestesiología, Unidad Coronaria, Recuperación Cardiovascular, Infectología, Nefrología y Emergentología.

OPTATIVAS: Nutrición, Quemados, Pediatría.

Las mismas tendrán una duración de dos o tres meses y se realizarán preferentemente en el ámbito del Hospital y solo en forma eventual en servicios extrahospitalarios del país o del extranjero.

3.7 Investigación.

Los residentes de segundo y tercer año participarán de los trabajos de investigación básica e investigación clínica planificados para el Servicio.

4- Obligaciones y funciones del Médico Residente.

4.1 Generales:

- a- Deberá conocer al ingreso a la residencia los reglamentos generales del hospital y del servicio, como así también de su área específica y los programas educativos de la residencia.
- b- Sus funciones se desarrollarán a tiempo completo y dedicación exclusiva. El médico
- c- residente cumplirá tareas desde la hora 08.00 hasta la hora 17.00 del lunes a viernes y de 08.00 a 12.00 los días sábados. Cubrirá, además, guardias de 24 horas por lo menos dos veces por semana, un domingo cada tres dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- d- No abandonará la sala sin notificar al superior inmediato o a la enfermera de turno, el lugar al cual se dirige, y como se lo puede encontrar (siempre dentro del ámbito



- de la unidad y/o eventualmente del hospital). Ante ninguna circunstancia abandonará el hospital sin previo aviso y consentimiento de su inmediato superior, después de asegurarse que otro residente cubra adecuadamente sus funciones.
- e- Asistirá puntualmente a todas las actividades científicas y docentes que fijen los planes educativos del Servicio.
 - f- Concurrirá, fuera del horario habitual, o en días feriados, cuando sea solicitado por el Jefe de Servicio.
 - g- El Médico Residente será responsable de la asistencia de los enfermos que se le asignen de acuerdo al plan acordado, bajo la supervisión del Médico Instructor (que deberá ser un médico de planta con dedicación funcional de 40 horas) y el Jefe del Servicio, en orden de creciente autoridad.
 - h- El Médico Residente, será asimismo responsable de la atención de los pacientes, ante estos mismos y sus familiares, procediendo a la información diaria completa de la evolución clínica, previo asesoramiento de sus superiores, y en cualquier momento que el enfermo experimente cambios marcados en su estado, que merezcan ser notificados.
 - i- Confeccionará la Historia Clínica del enfermo inmediatamente después del internado, y una vez establecido el tratamiento orientado a mantener las funciones vitales. Dentro de las 6 horas del ingreso del paciente a la sala la Historia Clínica deberá estar completada con el resumen semiológico, una impresión diagnóstica, un plan de estudio del seguimiento del caso y el tratamiento correspondiente, solicitando los estudios auxiliares correspondientes.
 - j- Anotará, cuando el caso lo demande, además de la evolución diaria en la Historia Clínica, las novedades de la evolución y el tratamiento, así como la interpretación médica de los síntomas, análisis complementarios, Rx, etc. Las Historias Clínicas y las anotaciones diarias deberán registrar la firma y nombre aclarado del médico residente, así como la fecha y hora en que fueron realizados.
 - k- Será responsable de la tramitación de los exámenes complementarios e interconsultas, de modo que se lleven a cabo con la celeridad requerida, e informará al superior inmediato, las demoras que se produzcan. Incorporará de inmediato a la Historia Clínica los informes que se hayan efectuado. Cuando esté indicado una consulta con otro Servicio, notificará a éste, resumiendo el caso a una hoja ad-hoc. Es importante su presencia cuando la interconsulta se realice, debiendo dejar constancia por escrito del resultado de la misma.
 - l- Confeccionará la Epicrisis del caso, dentro de las 24 horas del alta o fallecimiento del paciente.
 - m- Realizará todas las órdenes por escrito, evitando las verbales.

5- Competencias (habilidades y destrezas) a adquirir por los residentes.

Al finalizar cada año de la residencia de Terapia Intensiva los residentes deberán haber realizado los siguientes procedimientos en la cantidad abajo consignados:



PRIMER AÑO:

- Punción arterial: 200.
- Punción venosa para extracción de muestras para estudios bioquímicos, hemocultivos, etc.: 200.
- Determinación de pH y gases en sangre: 250.
- Vía venosa central por punción subclavia: 100.
- Vía venosa central por punción yugular interna: 100.
- Colocación de catéter doble lumen para hemodiálisis: 3.
- Colocación de catéter de Swan Ganz para monitoreo de presiones pulmonares y volumen minuto cardiaco: 40.
- Colocación de catéter en el golfo de la yugular para medición de saturación de oxígeno: 10.
- Colocación de sonda vesical: 50.
- Colocación de sondas nasogástrica: 150.
- Colocación de sonda transpilórica (nutrición enteral): 50.
- Colocación de catéter intraarterial para monitoreo de presión arterial media: 60.
- Colocación de marcapaso transitorio: 5.
- Colocación de tonómetro para monitoreo de pH intramucoso gástrico: 60.
- Colocación de sistema intravesical para monitoreo de presión intraabdominal: 50.
- Punción lumbar: 30.
- Punción pleural: 50.
- Punción abdominal: 30.
- Punción pericárdica: 15.
- Punción vesical (colocación de talla vesical): 20.
- Colocación de catéter intraperitoneal para lavado: 20.
- Intubación orotraqueal: 200.
- Intubación nasotraqueal: 50.
- Colocación de tubo pleural para avenamiento en situaciones de urgencia: 3.
- Colocación de dispositivo para medición y monitoreo de CO₂ espirada (capnografía): 10.
- Medición y cálculo de los diferentes parámetros necesarios para la valoración nutricional (somática y visceral): 100.
- Ventilación mecánica (diferentes modos): 300.
- Manejo de respiradores microprocesados: 300.
- Cardioversión eléctrica: 30.
- Maniobras de reanimación en paro cardiorespiratorio: 100.
- Monitoreo de la saturación arterial de oxígeno (oximetría): 300.

Además de lo anteriormente mencionado realizarán en los pacientes que así lo requieran: curaciones diarias, de accesos venosos y arteriales, heridas quirúrgicas, escaras, etc, electrocardiogramas, aspiración traqueal, asistencia kinésica respiratoria, cambios de decúbito.

SEGUNDO AÑO:

- Traqueostomía por técnica convencional: 20.
- Traqueostomía percutánea: 30.
- Monitoreo de PIC y manejo de catéter intraventricular: 30.



- Escarectomías: 20.
- Colocación de catéter doble lumen para hemodiálisis: 10.
- Colocación de tubo pleural para avenamiento en situaciones de urgencia: 10.
- Colocación de dispositivo para medición y monitoreo de CO₂ espirada (capnografía): 20.
- Elaboración de planes de nutrición enteral: 50.
- Elaboración de planes de nutrición parenteral: 50.
- Colocación de sonda intraesofágica para medición de presión intratorácica y determinación de trabajo respiratorio (con aparato BICORE para monitoreo de mecánica respiratoria): 20.
- Monitoreo hemodinámico, respiratorio y metabólico intraoperatorio: 20.

Además de lo arriba mencionado, el residente de segundo año supervisará y colaborará en todos los procedimientos planificados para el residente de primer año.

TERCER AÑO:

- Observación directa de procedimientos de circulación extracorpórea en cirugía cardiovascular: 10.
- Colaboración y observación de fibrobronoscopías y técnicas de lavado broncoalveolar y toma de muestras biópsicas: 10.
- Conducción de procedimientos dialíticos de urgencia: 20.

Además de lo arriba mencionado, el residente de tercer año supervisará y colaborará en todos los procedimientos planificados para el residente de primero y segundo año.

6- Evaluaciones.

Se harán evaluaciones parciales semestrales y un examen final para evaluación del año.

Se evaluarán: - Cumplimiento de horarios y asistencia.

- Actividades prácticas realizadas.
- Actividades teóricas.
- Actividades de investigación y estudio.
- Guardias.
- Conocimiento del programa analítico de materias.
- Interrelación con pacientes, subordinados y superiores.
- Presentación personal.
- Iniciativa, colaboración, respeto, obediencia, posición anímica, adaptación grupal.
- Antecedentes de sanciones disciplinarias.
- Aspectos ético morales.

121

PROGRAMA DE LA RESIDENCIA DE CIRUGÍA GENERAL 2010

**– HOSPITAL ESCUELA –
“Gral. José Francisco de San Martín”**

PLAN DE 4 AÑOS

**Prof. Dr. Ricardo Alberto Torres
Jefe del Departamento de Cirugía**



1- SITUACIÓN DE LA RESIDENCIA

A) ESPECIALIDAD DE LA RESIDENCIA: Cirugía General.

B) UNIDAD RESPONSABLE DE LA CAPACITACIÓN:

Servicio de cirugía general del Hospital Escuela “José F. de San Martín.
Cátedra VI y Cátedra IV de Cirugía de la Facultad de Medicina de la
UNNE

C) LUGAR DONDE ASIENTA LA RESIDENCIA:

Hospital Escuela “José Francisco de San Martín”.-
Rivadavia 1250 – 3400 Corrientes - tel. 03783-420698/430113- interno
3440.

D) ORGANISMOS DE LOS CUALES DEPENDE LA RESIDENCIA:

Ministerio de Salud y Acción Social de la Provincia de Corrientes
Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación
Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste



II- ORGANIGRAMA DE LA RESIDENCIA:

A) Duración de la Residencia: 4 (cuatro) años lectivos.

B) Dotación de profesionales propuesta para el siguiente programa:

- 1- Número de residentes previsto para cada ciclo lectivo: 3 (tres).-
- 2- Número de Jefe de Residentes: 1 (uno).-
- 3- Instructor de Residentes 1 (uno)
- 4- Número de docentes actuales que se desempeñan como profesionales rentados del Hospital Escuela: 8 (ocho). De ellos 1 Profesor titular de Cirugía.
- 5- Antecedentes del plantel de residentes actual 12 (doce)
 - a) Residentes de cuarto año: 3 (tres).-
 - b) Residentes de tercer año: 3 (tres).-
 - c) Residentes de segundo año: 3 (tres).-
 - d) Residente de Primer año. 3 (tres)

III- OBJETIVOS DE LA RESIDENCIA DE CIRUGÍA GENERAL:

A) Objetivo primario:

Formar cirujanos generales capacitados para el desarrollo idóneo de la especialidad con criterio científico, ético y humano.

Lograr el aprendizaje de la Cirugía mediante un sistema responsabilidad creciente y progresiva bajo supervisión continua.

Estimular el análisis crítico de las diferentes situaciones mediante una sólida formación asistencial, docente y de investigación.

B) Objetivos secundario:

Formar cirujanos aptos para cubrir las necesidades de la comunidad, en cualquier lugar en que se desempeñe. Sea esta de alta o baja complejidad, rural o urbana.

Tratar de que al final de su Residencia, sean factor de cambio positivo en la prestación médica de su especialidad y puntales de los avances científicos.



IV- AUTORIDADES ACTUALES RELACIONADAS CON LA RESIDENCIA.

- A- Director de Hospital: Dr. Walter Ruben Pilchik
- B- Director Asociado: Dr. Carlos Samuel Mizdraji
- C- Jefe del Departamento de Docencia e Investigación: Dr. Daniel Palma
- D- Jefe del Servicio de Cirugía General: Dr. Torres, Ricardo.-
- E- Jefe del Residentes: Dr. Daniel Antonio Domínguez

V- FUNCIONES DEL MÉDICO RESIDENTE:

- 1) El médico Residente será responsable de la asistencia de los pacientes que se les asignen de acuerdo al plan docente, bajo la supervisión de los médicos de planta y del jefe de Servicio.
- 2) Cumplirá tareas de lunes a viernes de 06:30 hs. a 17:00 hs. y los sábados de 08:00 hs. a 12:00 hs.- hasta finalizar sus obligaciones del día.
- 3) Realizará las guardias activas según el plan de actividades.-
- 4) Confeccionará la historia clínica antes de la revista de sala matutina y dentro de las 24 horas del ingreso de los pacientes. Ella deberá ser completada con un resumen semiológico, impresión diagnóstica, plan de estudios y tratamiento, incluyendo los exámenes complementarios
- 5) Anotará diariamente en la historia clínica la evolución y tratamiento, análisis, radiografías, etc. Las anotaciones deberán registrar la firma aclarada, así como la fecha y hora en las que fueron realizadas.
- 6) Será responsable que los exámenes complementarios, solicitud de transfusiones e interconsultas sean realizadas.
- 7) Confeccionará la epicrisis una vez que el paciente sea dado de alta. También anotará la fecha de su citación por consultorios externos.
- 8) Realizará todas las instrucciones por escrito, evitando órdenes verbales.
- 9) Pasará revista de los pacientes dos veces por día y tantas como sea necesario. En la revista de la tarde, los residentes de guardia serán interiorizados del estado de todos los internados que quedan a sus cargos.
- 10) Presentará en forma breve y concreta el enfermo en la revista de sala. Conocerán los resultados de los análisis de laboratorio y exámenes complementarios.
- 11) Seguirá las indicaciones de sus superiores en lo referente a sus actos médicos y funciones.



- 12) Asistirá puntualmente a todas las actividades científicas que fijen los planes educativos.
- 13) Notificará cuando está de guardia, los casos de emergencia al Jefe de residentes y/o al cirujano de guardia, quienes decidirán la conducta a seguir.
- 14) No abandonará la sala sin notificar el lugar al cual se dirige. En ninguna circunstancia abandonará el hospital sin autorización y sin asegurarse que otro residente cubra sus obligaciones.-
- 15) Efectuará las rotaciones planificadas
- 16) En ningún caso y bajo ninguna circunstancia tomará decisiones terapéuticas sin consulta previa y bajo la responsabilidad de un médico de planta.
- 17) Deberá cumplir, no solo con el plan asistencial, sino también con el plan docente y los trabajos de investigación asignados.



DISTRIBUCIÓN DE ACTIVIDADES POR AÑO

PRIMER AÑO:

- **REVISTA DE SALA MATUTINA**
Todos los días a las 07:00 hs. con el Jefe de Residentes. Durante la misma deberá presentar las historias clínicas de los pacientes a su cargo, confeccionadas y evolucionadas, con laboratorios, ECG y exámenes complementarios solicitados.
- **REVISTA DE SALA GENERAL**
Los martes y jueves a las 08:00 hs. con el Jefe de Servicio y médicos de planta
- **ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN SALA DE INTERNACIÓN:**
Realizará los controles clínicos diarios
- Realizará las curaciones antes de la revista de sala y cuantas veces sea necesario.
- Es responsable de que los pacientes a su cargo estén en quirófano 15 minutos antes de la cirugía.
- Controlará que se les hayan realizado:
 - a) las indicaciones preoperatorias.-
 - b) que el paciente cuente con sangre, sueros y descartables
 - d) carpeta de historia clínica y de indicaciones de enfermería.
 - e) supervisará las medidas higiénicas o preventivas del paciente antes de la cirugía.
 - f) Controlará que estén realizados los estudios complementarios preoperatorios
- Deberá conocer las indicaciones médicas de sus pacientes.-
- Deberá conocer a todos los pacientes de la sala y presentarlos a cualquier médico de planta o Jefe de Servicio en cualquier momento y circunstancia.
El residente de primer año deberá pasar un período de adaptación durante el que tendrá prioridad el trabajo de sala. Su ingreso a quirófano será paulatino y de acuerdo al criterio del Jefe de Servicio y Jefe de Residentes.-
- Cumplimentará el plan de intervenciones quirúrgicas correspondientes al primer año.-
- Cumplimentará el programa de cirugías experimentales correspondientes al primer año.



- Cumplimentarán el programa de clases de inglés y computación.-
- Participará en todas las actividades académicas del Servicio y preparará los temas asignados para desarrollar tarea docente.

ROTACIONES PARA EL RESIDENTE DE 1º AÑO EN OTROS SERVICIOS.

- 2 meses en el Servicio de Terapia Intensiva. Allí tendrá a su cargo los post operatorios de pacientes críticos y patologías quirúrgicas graves. Independientemente cumplirá con la actividad programada a los residentes de terapia intensiva.
- 2 meses en el Servicio de Anestesia. Allí aprenderá a realizar anestias regionales, troncales, raquídeas y peridurales. Adquirirá conocimientos de la anestesia general. Independientemente cumplirá con la actividad programada a los residentes de anestesia.
- 2 meses en el Servicio Ecografía y de Diagnostico por Imágenes. Allí deberá a aprehender a interpretar y a realizar estudios ecográficos y de baja complejidad. Esta rotación será solo por las mañanas, quedando integrado a las tareas, actividades y guardias del servicio de Cirugía a partir del medio día.

PROGRAMA DE CIRUGÍAS PARA RESIDENTES DE 1º AÑO

- Canalizaciones y punciones.-
- Drenajes y avenamientos pleurales.-
- Extracción ungueal.-
- Biopsias.-
- Toilettes varias.-
- Apendicectomías convencionales
- Hernioplastias. convencionales
- Safenectomías.
- Resección de quiste pilonidal.-
- Drenajes de Abscesos
- Abscesos perianales
- Lavado peritoneal.-
- Traqueostomías
- Instrumentación de cirugías convencionales
- Necropsias.-



SEGUNDO AÑO

- **REVISTA DE SALA MATUTINA**
Todos los días a las 07:00 hs. con el Jefe de Residentes. Durante la misma deberá presentar las historias clínicas de los pacientes a su cargo, confeccionadas y evolucionadas, con laboratorios, ECG y exámenes complementarios solicitados.
- **REVISTA DE SALA GENERAL**
Los martes y jueves a las 08:00 hs. con el Jefe de Servicio y médicos de planta
- **ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN SALA DE INTERNACIÓN:**
Confeccionará las Historias Clínicas de los pacientes asignados.
- Realizará los controles clínicos diarios
- Realizará las curaciones antes de la revista de sala y cuantas veces sea necesario.
- Es responsable de que los pacientes a su cargo estén en quirófano 15 minutos antes de la cirugía.
- Controlará que se les hayan realizado:
 - a) las indicaciones preoperatorias.-
 - b) que el paciente cuente con sangre, sueros y descartables
 - g) carpeta de historia clínica y de indicaciones de enfermería.
 - h) supervisará las medidas higiénicas o preventivas del paciente antes de la cirugía.
 - i) Controlará que estén realizados los estudios complementarios preoperatorios
- Deberá conocer las indicaciones médicas de sus pacientes.-
- Deberá conocer a todos los pacientes de la sala y presentarlos a cualquier médico de planta o Jefe de Servio en cualquier momento y circunstancia.
- Cumplimentarán el plan de intervenciones quirúrgicas correspondientes al segundo año.-
- Realizarán controles de consultorio externo de curaciones.
- Cumplimentarán el programa de clases de inglés y computación.-



ROTACIONES DE LOS RESIDENTES DE 2º AÑO

Durante 2 meses rotarán en el horario matutino en el Servicio de Diagnostico por imágenes, con especial énfasis en ecografía y radiología intervencionista.

PROGRAMA DE CIRUGÍAS PARA RESIDENTES DE 2º AÑO

Apertura y cierres de laparotomías

Injertos de piel

Fistulotomías y fistulectomías.-

Fisurectomías y esfínterectomías.-

Hemorroidectomías.-

Amputaciones menores

Yeyunostomías y gastrostomías.-

Resección de comunicantes. Operaciones del sistema venoso perforante.-

Tumores de piel

Hernioplastias complejas.

Eventroplastias.

Cierre por tercera de evisceraciones.-

Cierre de toracotomías.-

Ginecomastias.-

Cirugía anexial por vía convencional

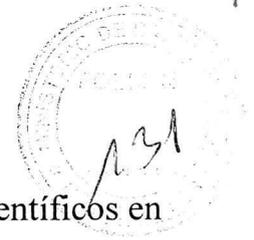
Colecistectomías convencionales simples y complejas

Instrumentación de todas las Cirugías laparoscópicas. Será el responsable del armado y manutención de la torre de laparoscopia y de su instrumental.



TERCER AÑO

- **REVISTA DE SALA MATUTINA**
Todos los días a las 07:00 hs. con el Jefe de Residentes. Durante la misma deberá presentar las historias clínicas de los pacientes a su cargo, confeccionadas y evolucionadas, con laboratorios, ECG y exámenes complementarios solicitados.
 - **REVISTA DE SALA GENERAL**
Los martes y jueves a las 08:00 hs. con el Jefe de Servicio y médicos de planta
 - **ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN SALA DE INTERNACIÓN:**
Confeccionará las Historias Clínicas de los pacientes asignados, siendo estos los de mayor complejidad y/o críticos.
 - Supervisará los controles clínicos diarios realizados por los residentes de 1° y 2° año.
 - Supervisará las curaciones realizadas por los residentes de 1° y 2° año, antes de la revista de sala y cuantas veces sea necesario.
 - Supervisará que los residentes de 1° y 2° hayan realizado:
 - a) las indicaciones preoperatorias.-
 - b) que el paciente cuente con sangre, sueros y descartables
 - j) carpeta de historia clínica y de indicaciones de enfermería.
 - k) las medidas higiénicas o preventivas del paciente antes de la cirugía.
 - l) que estén realizados los estudios complementarios preoperatorios
 - Deberá conocer las indicaciones médicas de todos los pacientes.-
 - Deberá conocer a todos los pacientes de la sala y presentarlos a cualquier médico de planta o Jefe de Servio en cualquier momento y circunstancia.
 - Cumplimentarán el plan de intervenciones quirúrgicas correspondientes al tercer año.-
- Deberá presentarse 15° 20 minutos antes cuando se encuentre en protocolo quirúrgico.-
- Control de la atención y curaciones de los pacientes en UTI.-
- Realizarán consultorio externo
 - Cumplimentarán el programa de clases de inglés y computación.-
 - Realizará trabajos de investigación
 - Cumplirá un programa de cirugía experimental.-



- Presentará en Jornadas y Congresos de la especialidad trabajos científicos en los que haya participado.

PROGRAMA DE CIRUGÍAS PARA RESIDENTES DE 3º AÑO

Toracotomías

Toracoscopías.-

Resecciones pulmonares parciales y lobectomías

Fístulas arteriovenosas.-

Apendicectomías laparoscópicas.

Colecistectomía laparoscópica

Síndromes coledocianos.-

Colectomías segmentarias-

Amputaciones mayores.-

Histerectomías. convencionales-

Abdomen agudo



CUARTO AÑO

- **REVISTA DE SALA MATUTINA**
Todos los días a las 07:00 hs. con el Jefe de Residentes. Durante la misma deberá supervisar la presentación de los pacientes por parte de los Residentes de 1º, 2º y 3º año. En caso de necesidad reemplazará al Jefe de Residentes.
 - **REVISTA DE SALA GENERAL**
Los martes y jueves a las 08:00 hs. con el Jefe de Servicio y médicos de planta
 - **ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN SALA DE INTERNACIÓN:**
Supervisará los controles clínicos diarios realizados por los residentes de 1º 2º año y 3º año.
 - Supervisará las curaciones realizadas por los residentes de 1º y 2º año, antes de la revista de sala y cuantas veces sea necesario.
 - Supervisará que los residentes de 1º y 2º hayan realizado:
 - a) las indicaciones preoperatorias.-
 - b) que el paciente cuente con sangre, sueros y descartables
 - m) carpeta de historia clínica y de indicaciones de enfermería.
 - n) las medidas higiénicas o preventivas del paciente antes de la cirugía.
 - o) que estén realizados los estudios complementarios preoperatorios
 - Deberá conocer las indicaciones médicas de todos los pacientes.-
 - Deberá conocer a todos los pacientes de la sala y presentarlos a cualquier médico de planta o Jefe de Servicio en cualquier momento y circunstancia.
 - Cumplimentarán el plan de intervenciones quirúrgicas correspondientes al cuarto año.-
- Deberá presentarse 15º minutos antes cuando se encuentre en protocolo quirúrgico.
- Ejecutará las intervenciones quirúrgicas programadas para su año
- Control de la atención y curaciones de los pacientes en UTI realizada por el residente de 3º año.-
- Realizarán consultorio externo
 - Realizará guardia activa en el Servicio de emergencia
 - Realizarán interconsultas, informes y solicitud de estudios complementarios especiales



- Estarán encargados de la organización de los ateneos oncológicos y de la presentación de casos problemas.-
- Complimentarán el programa de clases de inglés y computación.-
- Realizará trabajos de investigación
- Cumplirá un programa de cirugía experimental.-
- Presentará en Jornadas y Congresos de la especialidad trabajos científicos en los que haya participado.
- Concurrirá a congresos de la especialidad con autorización del jefe de residentes y del Jefe de Servicios.-

ROTACIONES DE LOS RESIDENTES DE 4º AÑO

Rotarán por 3 meses en un Servicio de mayor complejidad Nacional o del Extranjero. Al final de la misma deberá presentar un informe escrito de la actividad realizada.

PROGRAMA DE CIRUGÍAS PARA RESIDENTES DE 4º AÑO

- Vaciamiento radical de cuello.-
- Gastrectomías.-
- Duodeno-pancreatectomías.-
- Patología Vascular
- By pass
- Hernioplastia laparoscópicas.-
- Nissen laparoscópico
- Amputación abomino-perineal
- Procedimientos percutáneos
- Otras cirugías no enumeradas anteriormente según el grado de complejidad.



PROGRAMA DE LA RESIDENCIA DE
CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL
ESCUELA DE LA FACULTAD DE
MEDICINA GENERAL JOSE FRANCISCO
DE SAN MARTIN

Año 2010
Dr Julio Omar Ibañez
Jefe del Servicio de Cardiología



INDICE

	Páginas
A) Introducción. Perfil del Cardiólogo Clínico. Lineamientos generales de la Formación.	2-4
B) Esquema y Cronograma de Rotaciones.	5-9
C) Contenidos del programa.	10-21
D) Conclusiones.	22
E) Addendum I.	23
Addendum II.	24-26
Addendum III.	27-28
F) Tablas	29-32



PROGRAMA DE LA RESIDENCIA DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL ESCUELA DE LA FACULTAD DE MEDICINA GENERAL JOSE FRANCISCO DE SAN MARTIN

A) INTRODUCCIÓN

En la actualidad en nuestro medio se puede acceder a la especialidad de cardiólogo clínico a través de una residencia de tiempo completo, concurrencia de tiempo parcial o luego de un examen evaluado por representantes de Salud Pública, Colegio Médico, Sociedad Científica y la Universidad. No existen pautas uniformes que orienten la formulación de programas de formación de especialistas que aseguren el correcto entrenamiento del cardiólogo clínico. Revisada la información existente sobre el tema, el consenso de expertos de la Sociedad Argentina de Cardiología ha desarrollado los lineamientos que sirve de base al presente p

rograma. Los ítem a desarrollar son los siguientes:

1. Perfil del Cardiólogo
2. Lineamientos generales de la formación.
3. Evaluación.
4. Actividades académicos asistenciales.
5. Conclusiones.

1.- PERFIL DEL CARDIÓLOGO

El cardiólogo es el profesional médico competente para la atención de los pacientes con afecciones cardiovasculares respetando los valores culturales, humanísticos y éticos del paciente y su familia en el marco de la deontología médica.

El cardiólogo debe ser capaz de trabajar cooperativamente en equipos interdisciplinarios, que puede desempeñarse con eficacia en cualquier lugar del país y que tiene conocimientos suficientes para planificar y evaluar servicios y recursos de salud.

El cardiólogo debe ser un médico especializado en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades del corazón y los grandes vasos, con una formación previa en clínica médica, por lo que la especialización debería considerarse posbásica.

El Cardiólogo debe tener una sólida formación en:

a.- Fisiopatología, medicina interna y el manejo de los recursos terapéuticos y quirúrgicos que se utilizan en las enfermedades del sistema cardiovascular.

b.- Las áreas de promoción y protección de la salud, de prevención, de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares y de rehabilitación (niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria).

c.- Epidemiología, bioestadística y en el uso de herramientas informáticas para interpretar y evaluar las técnicas, invasivas o no, de diagnóstico y tratamiento y para llegar a interpretar la historia natural de las cardiopatías y su modificación por las diferentes intervenciones terapéuticas.

d.- Ciencias del comportamiento para establecer una relación médico paciente adecuada, para comprender la dimensión psicológica, social y cultural de los procesos de salud y enfermedad y para ejercer la profesión respetando la ética profesional en el contexto de las distintas modalidades de prestación (pública, privada, seguridad social).

2.- LINEAMIENTOS GENERALES DE LA FORMACIÓN

Este programa será de aplicación en el Servicio de Cardiología del Hospital Escuela, en colaboración con la Facultad de Medicina y la Sociedad Argentina de Cardiología, quienes actuarán como asesores, supervisores y evaluadores del entrenamientos de los profesionales en formación, como así también solicitaremos se acredite el Servicio en función de sus recursos materiales y humanos para el cumplimiento de sus actividades docentes, asistenciales y de investigación, de acuerdo a los más elevados estándares de excelencia en la formación de profesionales, en conocimiento que el Estado es el responsable final de legislar sobre el proceso de formación, certificar su aprobación y habilitar profesionales.



Objetivos

El sistema de formación en cardiología tiene como propósito el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para:

- un desempeño eficiente,
- la formación médica continua a lo largo de la vida profesional
- la investigación.

Todo ello en un marco ético, humanístico y moral tanto en el ámbito individual como comunitario. El médico en formación debe tener durante su entrenamiento, la oportunidad de adquirir experiencia en:

- pacientes con patología aguda y crónica
- pacientes internados y ambulatorios
- pacientes con cardiopatías sometidos a cirugía no cardíaca
- un número adecuado de pacientes
- poblaciones con un amplio rango de edad y patología diversa
- procedimientos diagnósticos y terapéuticos estándares.
- Interactuar con otros de especialidades tanto médicas como quirúrgicas
- Interactuar con otros trabajadores de la salud y administrativos
- Búsqueda y análisis bibliográfico
- Participación en congresos y reuniones científicas de la especialidad
- La enseñanza y supervisión de otros médicos en formación
- Diseño de estudios, análisis estadístico y participación en proyectos de investigación.

Condiciones de Ingreso

Se realizará de acuerdo a Normatvas vigentes. Se propone un modelo de condiciones de ingreso en el Addendum I.



B) Esquema y Cronograma de Rotaciones

Por expresa solicitud del Ministerio de Salud de la Provincia, los Residentes de segundo y tercer año, rotarán por Centros de Salud de menor complejidad, reemplazando directamente a la rotación que le correspondiere en ese momento. Por otra parte, este esquema que pretende ser permanente, estará sujeto a la posibilidades de conseguir las rotaciones en Centros de mayor complejidad.

RESIDENTES DE PRIMER AÑO

CLINICA MEDICA (9 meses)
TERAPIA INTENSIVA (3 meses)

RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO

UNIDAD CORONARIA (4 meses)
SALA GENERAL (4 mMeses)
COMPLEMENTARIOS BASICOS (PEG; HOLTER; TIL-TEST; ECO - 3 meses).

RESIDENTES DE TERCER AÑO

UNIDAD CORONARIA (4 meses)
SALA GENERAL (3 meses)
MEDICINA NUCLEAR (2 meses)
ECO DOPPLER (2 meses)

RESIDENTES DE CUARTO AÑO

PEDIATRIA (3 meses)
RECUPERACIÓN CVC (3 meses)
HEMODINAMIA (1 mes)
ELECTROFISIOLOGÍA (1 mes)
PREVENCION CARDIOVASCULAR (1 mes)
ROTACIÓN POR SERVICIOS DE BAJA COMPLEJIDAD (2 meses)

DENOMINACION DE LOS RESIDENTES: "A", "B" y "C"

RESIDENTE "A": Es el Residente que ingresa en "Primer Orden de Mérito" al Servicio de Cardiología del Hospital Escuela, de acuerdo a normas vigentes.

RESIDENTE "B": Es el Residente que ingresa en "Segundo Orden de Mérito" al Servicio de Cardiología del Hospital Escuela, de acuerdo a normas vigentes.

RESIDENTE "C": Es el Concurrente (o Residentes si aprueban la solicitud del tercer Residente rentado) con régimen de Residente que ingresa en "Primer Orden de Mérito" al Servicio de Cardiología del Hospital Escuela, de acuerdo a normas vigentes.



**ROTACIONES
RESIDENTES DE PRIMER AÑO DE CARDIOLOGIA**

Mes/Residente	"A"	"B"	"C"
Junio	Clínica Médica	Clínica Médica	Clínica Médica
Julio	Clínica Médica	Clínica Médica	Clínica Médica
Agosto	Clínica Médica	Clínica Médica	Clínica Médica
Setiembre	Clínica Médica	Terapia Intensiva	Clínica Médica
Octubre	Clínica Médica	Terapia Intensiva	Clínica Médica
Noviembre	Clínica Médica	Terapia Intensiva	Clínica Médica
Diciembre	Clínica Médica	Clínica Médica	Terapia Intensiva
Enero	Clínica Médica	Clínica Médica	Terapia Intensiva
Febrero	Clínica Médica	Clínica Médica	Terapia Intensiva
Marzo	Terapia Intensiva	Clínica Médica	Clínica Médica
Abril	Terapia Intensiva	Clínica Médica	Clínica Médica
Mayo	Terapia Intensiva	Clínica Médica	Clínica Médica

VACACIONES

R "A": Durante la primera mitad del Mes de Febrero; a partir del primer día hábil de Febrero posterior al reintegro del R "C". Duración: 14 (catorce) días.

R "B": Durante la segunda mitad del Mes de Febrero; a partir del primer día hábil de Febrero posterior al reintegro del R "A". Duración: 14 (catorce) días.

R "C": Durante la segunda mitad del Mes de Enero; a partir del primer día hábil de la segunda mitad de Enero. Duración 14 (catorce) días.



**ROTACIONES
RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO DE CARDIOLOGÍA**

Mes\Residente	"A"	"B"	"C"
Junio	Unidad Coronaria	Sala General	Complementarios
Julio	Sala General	Complementarios	Unidad Coronaria
Agosto	Complementarios	Unidad Coronaria	Sala General
Setiembre	Unidad Coronaria	Sala General	Complementarios
Octubre	Sala General	Complementarios	Unidad Coronaria
Noviembre	Complementarios	Unidad Coronaria	Sala General
Diciembre	Unidad Coronaria	Sala General	Complementarios
Enero	Sala General	Unidad Coronaria	Sala General
Febrero	Sala General	Sala General	Unidad Coronaria
Marzo	Unidad Coronaria	Sala General	Sala General
Abril	Sala General	Complementarios	Unidad Coronaria
Mayo	Complementarios	Unidad Coronaria	Sala General

VACACIONES

R "A": Durante la primera mitad del Mes de Febrero; a partir del primer día hábil de Febrero posterior al reintegro del R "C". Duración: 14 (catorce) días.

R "B": Durante la segunda mitad del Mes de Febrero; a partir del primer día hábil de Febrero posterior al reintegro del R "A". Duración: 14 (catorce) días.

R "C": Durante la segunda mitad del Mes de Enero; a partir del primer día hábil de la segunda mitad de Enero. Duración 14 (catorce) días.



**ROTACIONES
RESIDENTES DE TERCER AÑO**

MES\Residente	"A"	"B"	"C"
Junio	Unidad Coronaria	Sala General	Medicina Nuclear
Julio	Sala General	Unidad Coronaria	Medicina Nuclear
Agosto	Sala General	Medicina Nuclear	Unidad Coronaria
Setiembre	Unidad Coronaria	Medicina Nuclear	Sala General
Octubre	Medicina Nuclear	Unidad Coronaria	Sala General
Noviembre	Medicina Nuclear	Sala General	Unidad Coronaria
Diciembre	Unidad Coronaria	Sala General	Sala General
Enero	Vacaciones	Quirofano	Unidad Coronaria
Febrero	Quirofano	Unidad Coronaria	Ecocardiografia
Marzo	Unidad Coronaria	Ecocardiografia	Ecocardiografia
Abril	Sala General	Unidad Coronaria	Ecocardiografia
Mayo	Ecocardiografia	Ecocardiografia	Unidad Coronaria

VACACIONES

R "A": Durante la primera mitad del Mes de Enero; a partir del primer día hábil de dicho mes. Duración: 15 (quince) días.

R "B": Durante la primera mitad del Mes de Febrero; a partir del primer día hábil de Febrero posterior al reintegro del R "C". Duración: 15 (quince) días.

R "C": Durante la segunda mitad del Mes de Enero; a partir del primer día hábil de Enero posterior al reintegro del R "A". Duración: 15 (quince) días.



**ROTACIONES
RESIDENTES DE CUARTO AÑO**

Mes/Residente	"A"	"B"	"C"
Junio	Pediatría	Recuperación CCV	Electrofisiología
Julio	Pediatría	Recuperación CCV	Baja Complejidad
Agosto	Pediatría	Recuperación CCV	Baja Complejidad
Setiembre	Electrofisiología	Baja Complejidad	Hemodinamia
Octubre	Recuperación CCV	Baja Complejidad	Pediatría
Noviembre	Recuperación CCV	Hemodinamia	Pediatría
Diciembre	Recuperación CCV	Electrofisiología	Pediatría
Enero	Vacaciones	Vacaciones	Vacaciones
Febrero	Baja Complejidad	Pediatría	Recuperación CCV
Marzo	Baja Complejidad	Pediatría	Recuperación CCV
Abril	Hemodinamia	Pediatría	Recuperación CCV
Mayo	Prevencion CV	Prevencion CV	Prevencion CV

VACACIONES

R "A": Durante la primera mitad de Enero; a partir del primer día hábil del mes de Enero. Duración 20 (veinte) días.

R "B": Durante la segunda mitad de Enero; a partir del primer día hábil del mes de Enero posterior al reintegro del R "A". Duración 20 (veinte) días.

R "C": Durante la primera mitad de Febrero; a partir del primer día hábil del mes de Febrero posterior al reintegro del R "B". Duración 20 (veinte) días.



C) CONTENIDOS DEL PROGRAMA

La formación será teórico práctica. No menos del 40% del contenido del programa de entrenamiento corresponderá a la fundamentación teórica. En las rotaciones que se realizan en los servicios de cardiología deberán adquirir los contenidos procedimentales: habilidades, destrezas, dominio en la ejecución de técnicas y procedimientos. La formación teórica debe ser sistemática, a través de un curso formal de no menos de 250 horas.

Esta formación teórica debe iniciarse luego de la formación básica en clínica médica y luego de cierta experiencia asistencial en un servicio de cardiología (un año con dedicación completa o dos con dedicación parcial).

El curso de cardiología implementará un sistema de evaluación del aprovechamiento a través de exámenes parciales y una evaluación final, en concordancia con Normativas Vigentes. Esta evaluación final será de carácter teórico práctico, integrando los contenidos teóricos desarrollados en el curso y los contenidos procedimentales adquiridos a través de las actividades académico-asistenciales realizadas en los servicios de cardiología.

La formación teórica debe incluir el análisis crítico de publicaciones científicas a través de ateneos bibliográficos y con la elaboración de una monografía.

La formación teórico práctica sistemática del especialista en cardiología deberá culminar con la presentación de un trabajo Científico en Jornadas o Congresos de la especialidad.

Antes de efectuar las rotaciones por las diferentes áreas de cardiología se requiere que el médico en entrenamiento posea una formación apropiada en medicina interna efectuada en nuestro Hospital o en un centro debidamente acreditado. Esta formación no deberá ser menor de un año con dedicación completa o bien de dos años con dedicación parcial y debe incluir por lo menos una guardia semanal y una rotación por terapia intensiva de por lo menos dos meses de tiempo completo o su equivalencia.

En cada rotación se alcanzarán los objetivos a través de la adquisición de los contenidos teóricos y prácticos específicos. Se sugiere un tiempo mínimo de rotación por cada área; el tiempo final para el logro de los objetivos dependerá de la dedicación (tiempo completo o parcial) del médico en formación.

Interconsultas cardiológicas

El desarrollo del programa de entrenamiento en cardiología deberá otorgar al médico participante una avanzada experiencia que le permita actuar como consultor de la especialidad en el hospital. Para ello se requiere un conocimiento profundo en medicina interna y cirugía general con patología cardiovascular asociada. Ciertos temas merecen una mención especial: embarazo y cardiopatías y/o eclampsia, cirugía general en pacientes con cardiopatías, farmacología e interacción con drogas cardiovasculares, nefropatía y diálisis en pacientes con cardiopatías, neumonología y asistencia respiratoria, patología vascular y cerebral. Por lo tanto el programa capacitará a los médicos para interactuar con otras disciplinas mediante una colaboración estrecha y el contacto a través del trabajo cotidiano. Esta actividad será supervisada por un médico de planta consultor y por especialistas de otras disciplinas cuando sea apropiado.

EVALUACIÓN

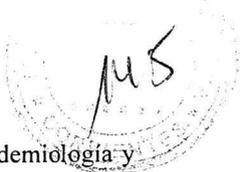
Se ajustará a las Normativas vigentes sugeridas por el Departamento de Docencia e Investigación. Se propone un modelo en el Addendum II y Tablas de 1 a 5..

TEMARIO

Temas a desarrollar en nuestro Hospital o complementadas en Hospitales de reconocida calidad asistencial y docente.

-- Cardiología General

1. Enfermedad coronaria: Diagnóstico y tratamiento de los síndromes coronarios. Indicaciones de tratamientos de reperfusión.
2. Valvulopatías: Diagnóstico y tratamiento. Protocolos de seguimiento. Indicaciones quirúrgicas.
3. Miocardiopatías: Clasificación. Fisiopatología, pronóstico y tratamiento.

- 
4. Hipertensión arterial: Investigación y tratamiento de la HTA primaria y secundaria. Epidemiología y relación con otros factores de riesgo.
 5. Prevención primaria, secundaria y epidemiología: Protocolos de prevención. Anormalidades de los lípidos y su tratamiento. Epidemiología de la enfermedad coronaria.
 6. Rehabilitación: principios de rehabilitación cardiovascular y entrenamiento. Aspectos psicológicos. Rehabilitación en prevención secundaria.
 7. Terapéutica: Farmacología de las drogas usadas en cardiología. Indicaciones, monitoreo, efectos adversos e interacciones.
 8. Resucitación cardiopulmonar: principios de resucitación cardiopulmonar. Soporte básico y avanzado. Políticas hospitalarias de reanimación cardiopulmonar y equipos de trabajo.
 9. Enfermedad cardíaca y embarazo: Tratamiento de la enfermedad cardíaca y la hipertensión arterial en el embarazo. Enfoque multidisciplinario.
 10. Enfermedades congénitas en el adulto: investigación y tratamiento de las cardiopatías congénitas que llegan a la adultez.
 11. Deportes y enfermedad cardiovascular.

--Cardiología en la internación

1. Cuidados prehospituarios y traslados: entrenamiento y protocolos
2. Unidad Coronaria: Síndromes isquémicos agudos: conocimientos sobre el tratamiento trombolítico, indicaciones de revascularización y protocolos y protocolos de tratamientos de la cardiopatía aguda y/o descompensada.
3. Insuficiencia cardíaca: etiología, clasificación, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Indicaciones de trasplante cardíaco.
4. Arritmias: Reconocimiento y tratamiento de las arritmias y los trastornos de conducción. Muerte súbita.
5. Emergencias cardiovasculares: Embolias de pulmón, pericarditis aguda, miocarditis, taponamiento, disección aórtica y rotura cardíaca. Contrapulsación aórtica. Punción pericárdica. Punciones venosas centrales.
6. Endocarditis: protocolos de diagnóstico, tratamiento y profilaxis. Indicaciones quirúrgicas.
7. Recuperación cardiovascular: Fisiopatología de la circulación extracorpórea. Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones posoperatorias. Rehabilitación de los pacientes operados del corazón.

--Estudios cardiológico no invasivos

1. Electrocardiograma: aspectos técnicos, bases fisiopatológicas, criterios de diagnóstico.
2. Ergometría: fisiología del ejercicio. Técnica y protocolos. Indicaciones y criterios de diagnóstico. Sensibilidad, especificidad y valor predictivo.
3. Holter: Aplicaciones, técnica, artefactos, informes.
4. Ecocardiografía: principios del método, criterios de diagnóstico, limitaciones, ecocardiografía intraesofágica, estrés, intracardiaca.
5. Medicina nuclear: Agentes radioisotópicos y tipos de investigación. Combinación con pruebas de estrés, centellograma de ventilación perfusión. Interpretación y limitaciones.

--Estudios cardiológico invasivos

1. Cinecoronariografía: indicaciones y complicaciones. Operador bajo supervisión. Indicaciones, técnica y complicaciones de la angioplastia coronaria.
2. Cateterismo cardíaco: Indicaciones y complicaciones. Determinación de la presión en forma invasiva, técnica y errores. Uso de las saturaciones de oxígeno para evaluar shunts. Volumen minuto cardíaco.
3. Marcapasos: diferentes modalidades de marcapaseo, indicaciones. Marcapasos transitorio, colocación y manejo. Control clínico de los marcapasos. Indicadores de mala función y Complicaciones.
4. Electrofisiología: principios y técnica. Interpretación de estudios. Cardíodesfibriladores implantables.



ACTIVIDADES ACADEMICOS ASISTENCIALES

Al ingresar en el Sistema de Formación Cardiológica deben cumplir los siguiente requisitos en Resucitación Cardiopulmonar:

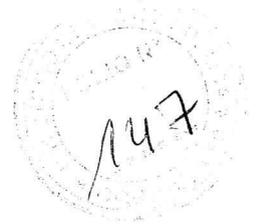
- Curso de Resucitación Cardiopulmonar Básica
 - Concepto de cadena de supervivencia.
 - Resucitación de adultos:
 - a) Con 1 rescatador
 - b) Con 2 rescatadores
 - c) Técnicas alternativas de masaje cardíaco.
 - Desobstrucción de la vía aérea en adultos:
 - a) Posición lateral de seguridad.
 - b) Situaciones especiales.
 - Resucitación de niños y bebés:
 - a) Con 1 rescatador.
 - b) Con 2 rescatadores.

Desobstrucción de la vía aérea en niños y bebés.

- Curso de Resucitación Cardiopulmonar Avanzada
 - Fundamentación de la RCP. Epidemiología de la muerte súbita.
 - Manejo de la vía aérea. Intubación raqueal. Formas de ventilación en el paro. Administración de oxígeno (cánula nasal, máscara facial, máscara Venturi). Procedimientos para oxigenación-ventilación (boca-boca, boca nariz, boca-máscara, bolsa-válvula-máscara, máscara laríngea-Combitube)
 - Vías aérea orofaríngeas, dispositivos nasofaríngeos, intubación orotraqueal, Cricotiroidotomía, traqueostomía.
 - Práctica de manejo de la vía aérea, arritmias y simulación de situaciones de paro cardiorespiratorio. Resucitación pediátrica.
 - Accesos vasculares de emergencia. Vías periféricas. Vías centrales (indicaciones, técnicas, complicaciones).
 - Masaje cardíaco externo. Técnica estándar. Técnicas alternativas. (compresión-descompresión activa, compresión abdominal interpuesta, ventilación y compresión simultáneas, resucitación cardiopulmonar de alta frecuencia, masaje cardíaco directo, dispositivos auxiliares mecánicos: chaleco de RCP, Thumler).
 - Arritmias. Reconocimiento. Manejo de las arritmias. Simulación de arritmias.
 - Desfibrilación. Técnicas, prácticas de desfibrilación y cardioversión. Desfibrilación automática.
 - Farmacología. Drogas utilizadas en el paro cardiorrespiratorio y en situaciones de emergencia cardiovascular.
 - Algoritmo de tratamiento de la fibrilación ventricular.
 - Algoritmo de tratamiento de la taquicardia ventricular.
 - Algoritmo de tratamiento de la de la actividad eléctrica sin pulso.
 - Algoritmo de tratamiento de la asistolia.
 - Algoritmo de tratamiento de las bradiarritmias.
 - Marcapaseo cardíaco de urgencia (transvenoso, transcutáneos). Indicaciones. Técnicas de colocación. Práctica de utilización.
 - Normas de tratamiento de cuidados de emergencia de la American Heart Association .
 - Situaciones especiales de resucitación cardiopulmonar (electrocución, accidente cerebro vascular, trauma, ahogamiento, hipotermia, embarazo, urgencias toxicológicas).
 - Cuidados posresucitación.
 - Técnicas terapéuticas invasivas. Taponamiento cardíaco. Fisiopatología. Clínica. Diagnóstico. Tratamiento. Técnica de pericardiocentesis, equipamiento, complicaciones.
 - Cuidados cardíacos de emergencia. enfoque comunitario. Prevención y cadena de supervivencia.

I. Medicina preventiva y clínica cardiológica

Las actividades se desarrollarán en:



1. Centros de atención ambulatoria y consultorio externo de cardiología

Se deberá poner especial énfasis en los diferentes niveles de prevención (clásicos y nuevos factores de riesgo cardiovascular):

- Definición de poblaciones de riesgo.
- Estrategias de prevención en grupos de riesgo e inserción de protocolos de trabajos de profesional multidisciplinario.
- Aplicación y revisión crítica de las nuevas modalidades terapéuticas en prevención cardiovascular. Prevención en infección endovascular y endocarditis infecciosa

Los siguientes temas son indispensables para instrucción en una rotación sobre prevención cardiovascular.

- Epidemiología general – Medicina basada en la evidencia – Evaluación costo/beneficio.
- Trastornos dietarios
- Factores nutricionales
- Obesidad
- Dislipidemia
- Hipertensión Arterial
- Diabetes
- Tabaquismo
- Sedentarismo, ejercicio y actividad física
- Aspectos relacionados con el sexo

Las siguientes habilidades deben ser adquiridas durante la rotación:

Reconocimiento e interpretación de grandes síndromes clínicos cardiológico en el contexto general del paciente.

Encuentro médico-paciente y examen físico cardiovascular completo.

Realización e interpretación de electrocardiogramas.

Interpretación clínica de los hallazgos de los estudios por imágenes, angiográficos y electrofisiológicos.

Los programas de entrenamiento en cardiología ambulatoria y seguimiento se desarrollarán en el marco hospitalario con un programa acreditado.

Deben estar en contacto con pacientes en un amplio rango de edad, y con un espectro de diagnósticos cardiovasculares que incluyan pacientes posoperatorios, cardiopatías congénitas y pacientes para evaluación y manejo relacionado con el embarazo.

Los residentes rotarán por diferentes áreas ambulatorias de:

Hipertensión arterial y dislipidemias

Enfermedad vascular periférica.

Cardiopatía isquémica.

Miocardiópatías y valvulopatías.

Marcapasos y arritmias.

Insuficiencia cardíaca .

Cardiopatías congénitas del adulto.

Rehabilitación cardiovascular.

Enfermedad cardiovascular en el embarazo.

Durante un período de tres meses de duración de dedicación de tiempo completo o su equivalente en carga horaria, el médico debería evaluar al menos 50 pacientes por mes y 3 o 4 pacientes nuevos por semana. Asimismo, se aconseja un tiempo mínimo de 40 minutos para la primera consulta y 20 minutos para las siguientes consultas.

El supervisor del área evaluará, mediante auditorías de las historias clínicas, la claridad de los conceptos y el desarrollo de un plan con el paciente.

2. Sala de internación en Cardiología

El médico debe adquirir un conocimiento profundo en fisiopatología, factores de riesgo, historia natural, diagnóstico probable y diagnósticos diferenciales, examen físico y métodos de laboratorio,



complicaciones y prevención de patología cardiovascular que comprende enfermedad coronaria, hipertensión arterial, enfermedad valvular, cardiopatías congénitas, arritmias, insuficiencia cardíaca, miocardiopatías, compromiso cardiovascular en las enfermedades sistémicas, endocarditis infecciosa, enfermedades de los grandes vasos y enfermedad vascular periférica, enfermedades del pericardio, patología cardiopulmonar, interacción del embarazo con la patología cardiovascular, complicaciones cardiovasculares de la insuficiencia renal crónica, traumatismos y tumores cardíacos.

El médico debería rotar durante seis meses de dedicación de tiempo completo, o su equivalente en carga horaria como mínimo.

La evaluación y supervisión deberá estar a cargo de los médicos de planta, quienes realizarán recorridas diarias con el médico en formación y harán un seguimiento cuidadoso sobre la comprensión del paciente y la claridad conceptual de cada caso, a través de la revisión de las historias clínicas. También serán evaluadas la adquisición de destrezas en técnica manual y la interpretación de los estudios solicitados, el seguimiento y la dedicación a los protocolos de investigación clínica, la investigación bibliográfica en diferentes temas, la participación grupal y la relación con sus pares.

3. Sala de Emergencias

Durante esta rotación deben adquirir las siguientes competencias:

- Reanimación cardiopulmonar avanzada.
- Manejo de emergencias hipertensivas.
- Evaluación del dolor torácico.
- Evaluación de síncope y accidentes cerebrovasculares.
- Tratamiento del infarto agudo de miocardio en etapa hiperaguda.
- Diagnóstico y tratamiento inicial del paciente con shock.
- Diagnóstico y tratamiento de arritmias cardíacas.
- Evaluación del paciente con dolor abdominal en busca de patología de la aorta.

La sala de emergencia debe contar con infraestructura y equipamiento que permitan realizar los procedimientos enumerados.

Los contenidos de esta área se superponen en muchos casos con los de la rotación por Unidad Coronaria. Por ello cabe aclarar que la finalidad del entrenamiento en emergencias apunta a la adquisición de conocimientos y destrezas en la admisión de pacientes agudos cardiológicos. Esto puede desarrollarse en al sala de guardia, área de shock, unidad de dolor torácico u hospital de día, según la modalidad de cada centro. Asimismo, el entrenamiento en sí mismo no implica una rotación por el área sino una concurrencia asociada con otras rotaciones como la de clínica cardiológico o unidad coronaria.

Durante el entrenamiento en cardiología el médico debe realizar una guardia semanal de 24 horas. Esta actividad debe continuar durante todo el programa.

La tarea debe estar supervisada por un médico del último año de la especialidad y un médico de planta en guardia pasiva o jefe de guardia idóneo. Estos últimos realizarán un seguimiento cuidadoso sobre la comprensión del paciente y la claridad conceptual de cada caso. También serán evaluadas la adquisición de destrezas en técnica manual y la interpretación de los estudios solicitados, el seguimiento y la dedicación a los protocolos de investigación clínica, la investigación bibliográfica en diferentes temas, la participación grupal y la relación con sus pares.

II. Área de Cuidados Intensivos Cardiovasculares.

Durante esta rotación deben adquirirse las siguientes competencias:

Conocimiento de la fisiopatología, el diagnóstico y el tratamiento de toda emergencia cardiovascular que se interna, poniendo especial énfasis en los síndromes isquémicos agudos.

Selección de los pacientes con indicación de terapéutica de reperfusión luego de un infarto agudo de miocardio.

Trombolíticos en el infarto agudo de miocardio: indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de su uso.

Angioplastia primaria y de rescate en el infarto agudo de miocardio: indicaciones, resultados de los estudios multicéntricos que evaluaron estos procedimientos.

Conocimiento de la terapéutica antitrombótica adyuvante de los Trombolíticos utilizados en el infarto agudo de miocardio.

Identificación y tratamiento de los diferentes tipos de arritmias supraventriculares, ventriculares y distintos tipos de bloqueos como complicación del infarto de miocardio.

Complicaciones mecánicas en el infarto agudo de miocardio.

Diagnostico y tratamiento del shock cardiogénico, disección aórtica, tromboembolia pulmonar, insuficiencias valvulares agudas, taponamiento cardíaco.

Procedimientos.

Colocación de la vía central venosa y arterial, técnica de colocación y manejo del carácter de Swan-Ganz, marcapasos transitorio, balón de contra pulsación intraaortico, intubación orotraqueal, asistencia respiratoria mecánica, punción pleural, pericardiocentesis, cardioversión eléctrica y desfibrilación, colocación y registro con catéter intraesofágico.

Resucitación cardiopulmonar (formación básica y avanzada).

El programa de entrenamiento debería desarrollarse en hospitales generales o centros especializados que cuenten con al menos 6 u 8 camas de unidad coronaria y un giro de cama de 3,5 a 4 días / cama. El numero de pacientes evaluados mensualmente no debería ser inferior a 50.

La actividad académico-asistencial en unidad coronaria debería incluir por lo menos tres meses dos años de dedicación de tiempo completo o su equivalente en carga horaria y una guardia semanal de 24 horas.

El área debería contar con un jefe de unidad coronaria y un medico de planta, ambos especialistas en cardiología y capacitados para realizar funciones docentes. Estos profesionales serian los responsables de la supervisión de los contenidos teórico-prácticos adquiridos durante el entrenamiento.

III. Recuperación Cardiovascular.

Las actividades académicas y asistenciales durante la rotación en Recuperación Cardiovascular (RCV) deben ser programadas de manera que promuevan competencia clínica en las indicaciones y el manejo del periodo peroperatorio de la Cirugía Cardiovascular (CCV).

El conocimiento de valores teóricos y habilidades practicas relacionados entre si permitirá el desempeño satisfactorio en las situaciones reales de trabajo en el área de la RCV.

Las competencias que han de adquirirse durante la rotación por RCV deben contemplar:

El conocimiento de programas de CCV.

La participación activa en el manejo preoperatorio y posoperatorio de las diferentes enfermedades, la practica de diversas maniobras en la sala de recuperación.

La observación en quirófano de diferentes técnicas quirúrgicas.

Se acordó que estas competencias, divididas en su programa teórico y las actividades practicas, deben incluir como mínimo los siguientes contenidos:

Contenidos básicos teóricos.

1. Indicaciones de la cirugía de revascularización miocárdica (CRM). Conocimientos de los resultados en CRM comparados con los del tratamiento médico y el de la cardiología intervencionista.
2. Técnicas en CRM. Conductos arteriales y venosos. Aneurismectomía ventricular. Técnicas mini invasivas. CRM sin circulación extracorpórea (CEC).
3. Indicaciones de la cirugía valvular. Tipos de prótesis valvulares: indicaciones y características. Homoinjertos. Plásticas valvulares. Técnicas mini invasivas.
4. Endocarditis infecciosa de válvula nativa y protésica. Indicaciones y técnicas quirúrgicas. Complicaciones.
5. Tratamiento quirúrgico de las principales cardiopatías congénitas del adulto. Indicaciones y técnica.
6. Trasplante cardíaco, pulmonar y cardiopulmonar. Indicaciones, contraindicaciones y manejo preoperatorio y posoperatorio.

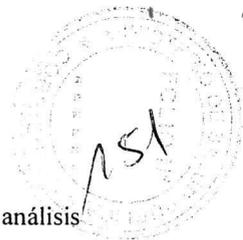
- 
7. tratamientos quirúrgicos alternativos de la insuficiencia cardíaca avanzada: cardiomioplastia, remodelado ventricular, corrección de la insuficiencia mitral en las miocardiopatías, asistencia ventricular izquierda mecánica prolongada.
 8. Indicaciones de drenaje y biopsia pericárdica y ventana pluropericárdica.
 9. Conocimiento de la patología de la aorta torácica y abdominal y su tratamiento.
 10. Arteriopatías periféricas. Indicaciones de cirugía.
 11. Indicaciones de cirugía carotídea. Valoración de enfermedad carotídea previo a cardiocirugía.
 12. Evaluación del riesgo cardiovascular en la cirugía arterial y carotídea.
 13. Evaluación y estratificación del riesgo en la cirugía cardíaca.
 14. Evaluación clínica y preparación preoperatoria de la CCV.
 15. Consideraciones anestésicas.
 16. Conocimientos fisiopatológicos de la CEC. Consecuencias clínicas.
 17. Balón de contrapulsación aórtica. Indicaciones y fundamentos. Indicaciones de otras formas de asistencia circulatoria.
 18. Soluciones cardiopléjicas. Hipotermia y paro circulatorio.
 19. Valor del eco transesofágico intraoperatorio.
 20. Asistencia respiratoria mecánica. Modalidades. Criterios de desconexión extubación.
 21. Medio interno. Equilibrio ácido-base. Interpretación de los gases en sangre.
 22. Monitoreo hemodinámico intraoperatorio y posoperatorio.
 23. Conocimiento del posoperatorio normal.
 24. Detección y tratamiento de las complicaciones cardiovasculares en el posoperatorio inmediato:
 - Síndrome de bajo gasto cardíaco, shock.
 - Disfunción ventricular izquierda y derecha posoperatoria.
 - Taponamiento cardíaco.
 - Isquemia e infarto perioperatorio.
 - Arritmias y trastornos de conducción.
 - Disfunción protésica.
 25. Detección y tratamiento de las complicaciones extracardiovasculares en el posoperatorio inmediato:
 - Hemorragia. Trastornos de la hemostasia.
 - Síndrome de respuesta inflamatoria.
 - Disfunción e insuficiencia renal.
 - Infecciones: mediastinitis, sepsis, endocarditis.
 - Complicaciones metabólicas.
 - Complicaciones neurológicas y psiquiátricas.
 - Complicaciones digestivas.
 26. Farmacología del intraoperatorio y posoperatorio de CCV.
 27. Hemoderivados: indicaciones y manejo.
 28. Seguimiento del posoperatorio en sala general. Complicaciones. Criterios de alta. Alta precoz.
 29. Seguimiento ambulatorio de CCV. Complicaciones alejadas. Manejo y seguimiento del paciente con prótesis valvular.

Requisitos del área en Addendum III

IV. ERGOMETRIA Y REHABILITACION CARDIOVASCULAR

Durante el entrenamiento deberán adquirirse las siguientes competencias:

Fisiología, técnicas y protocolos de ejercicio y sus indicaciones.



Teoría bayesiana, sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, análisis multivariado.

Conocimiento de la técnica, indicaciones y contraindicaciones de la medición del consumo de oxígeno.

Conocimiento de los diferentes modelos de actividad física supervisada, la técnica, las indicaciones y contraindicaciones. Aspectos teórico-prácticos de la asistencia psicológica durante la rehabilitación cardiovascular.

Conocimiento y entrenamiento en reanimación cardiopulmonar.

El hospital o centro de formación deberá realizar por lo menos 80 estudios mensuales y contar con el equipamiento técnico necesario (requerimiento mínimo un cicloergómetro o cinta).

La actividad debería estar supervisada por un médico de planta, especialista en cardiología, acreditado para realizar ergometrías y con funciones docentes.

El médico debe:

Participar como observador en por lo menos 50 pruebas ergométricas graduadas (PEG) y en forma optativa en 10 procedimientos de consumo de oxígeno.

Participar en planes supervisados de actividad física de tres turnos semanales durante un mes.

Como operador principal debe realizar 100 PEG y 20 procedimientos de consumo de oxígeno (si contara con el equipamiento necesario).

El período de entrenamiento no debería ser inferior a dos meses de dedicación de tiempo completo o su equivalente en carga horaria.

Debería también participar en planes supervisados de actividad física de tres turnos semanales durante dos meses o su equivalente carga horaria.

El jefe del sector debe supervisar el aprendizaje.

V. ECOCARDIOGRAFIA

La ecocardiografía y el eco-Doppler cardíaco, por su fácil disponibilidad, ocupan el primer lugar en el diagnóstico por imágenes de la anatomía y la función cardiovascular.

Conocimientos teóricos

Conocer los principios físicos del ultrasonido.

Conocer las indicaciones, alcances y limitaciones de la ecocardiografía y del Doppler cardíaco.

Conocer las indicaciones, alcances y limitaciones del Doppler vascular periférico.

Conocer la anatomía, alcances, limitaciones y contraindicaciones de la ecocardiografía transesofágica y de esfuerzo

Conocer el manejo de las drogas utilizadas en ecocardiografía de estrés.

Conocer la anatomía, fisiología y fisiopatología cardiovascular para poder interpretar las imágenes y conocer las técnicas para su obtención.

Conocer los riesgos implícitos en la realización de un ecocardiograma de estrés y de la ecocardiografía transesofágica.

Conocer las indicaciones y el manejo de drogas que pueden utilizarse en la realización de un ecocardiograma transesofágico.

Conocer la utilidad del eco transesofágico intraoperatorio y su utilidad en el posoperatorio de cirugía cardíaca.

Conocer los principios básicos y la utilidad de la ecografía intravascular coronaria.

Aprender a integrar y correlacionar los hallazgos de la ecocardiografía y del eco-Doppler con los resultados de los hallazgos del examen físico y de los otros exámenes cardiovasculares (cateterismo, angiografía, electrofisiología) así como con los resultados de aplicar procedimientos terapéuticos médicos o quirúrgicos.

Habilidades prácticas

Los requisitos deben interpretarse como los mínimos recomendados, quedando a criterio del encargado del laboratorio aumentar la exigencia.

Para recibir médicos en formación un laboratorio de ecocardiografía debería contar con los siguientes recursos humanos y técnicos como mínimo:

Cantidad de ecocardiografos



Un equipo, con tecnología para realizar eco-Doppler y eco-Doppler color. Además deben contar con por lo menos una sonda para ecocardiograma transesofágico y equipamiento para realizar eco estrés. Para el caso del primer nivel de formación, estos dos últimos recursos no serían excluyentes, pero requeriría que los cursantes efectuaran una breve rotación por un centro con estas disponibilidades

Cantidad mínima de procedimientos por mes

Modo M y B: 200

Doppler color: 80

Eco transesofágico / operatorio: 10

Eco estrés: 20

Recursos humanos

Personal auxiliar de secretaría y con por lo menos un medico de planta con función docente por turno, que esté capacitado en eco cardiografía y reconocido por sus pares como experto.

El medico en formación debe participar como observador en

Modo M y B en 150 estudios.

Doppler coloren 80 estudios.

Eco cardiograma transesofágico en 10 estudios.

Eco estrés en 10 estudios.

El medico en formación debe participar como operador en

Modo M y B en 80 estudios.

Doppler color en 20 estudios.

Actividad diaria, tiempo de rotación y ubicación en el currículo

Deberán realizar una rotación mínima de 200 horas distribuida en no menos de 3 meses.

Supervisión del aprendizaje

La supervisión del aprendizaje deberá estar a cargo de un medico cardiólogo certificado con acreditación reconocida en eco cardiografía encargado del laboratorio donde realiza la formación.

Se recomienda instituir una libreta personal para que el medico en formación lleve un registro del número de estudios en que ha participado como operador, ayudante u observador, que deberá estar rubricado semanalmente por el encargado de supervisar la enseñanza.

Se recomienda que cada cursante conserve por lo menos 20 estudios grabados que haya realizado personalmente a los efectos de que puedan ser evaluados por un examinador externo.

Al finalizar la rotación se ara una evaluación teórico – practica. El medico en formación deberá realizar un eco cardiograma en modos M y B y la evaluación estará a cargo del encargado del laboratorio. El examinador deberá constatar que se haya cumplido con el número mínimo de estudios y evaluar algunos de los conocimientos y habilidades suficientes para efectuar e informar estudios de supervisión.

VI. Cardiología Nuclear.

Los conocimientos y las habilidades mínimas indispensables que debe adquirir todo médico en formación son las siguientes:

- *Habilidades prácticas*

Nociones básicas del manejo radioisotópico, cuidados y riesgos de su manejo.

PEG: indicaciones, contraindicaciones, manejo de urgencias y complicaciones, interpretación de los resultados.

VTG: indicaciones, contraindicaciones, manejo de urgencias y complicaciones, interpretación de los resultados. Participar como observador en 40 estudios y como mínimo en 20 como ayudante.

TI 201: indicaciones, contraindicaciones, manejo de urgencias y complicaciones, interpretación de los resultados. Participar como observador en 40 estudios y como mínimo en 20 como ayudante.

SPECT: indicaciones, contraindicaciones, manejo de urgencias y complicaciones, interpretación de los resultados. Participar en por lo menos 20 estudios.

Prueba de apremio farmacológico: indicaciones, contraindicaciones, manejo de urgencias y complicaciones, interpretación de los resultados. Participar como observador en 20 estudios y como mínimo en 20 como ayudante.



Centellograma: indicaciones, contraindicaciones, manejo de urgencias y complicaciones, interpretación de los resultados. Participar como observador en 10 estudios y como mínimo en 10 como ayudante.

En el servicio se deberán realizar 60 estudios mensuales como mínimo.

Debe existir por lo menos un técnico, un integrante del plantel de enfermería, un médico de planta con función docente, que debe ser cardiólogo con reconocimiento en Cardiología nuclear.

Todos los médicos en formación deben efectuar una rotación por esta área por un período de dos meses de dedicación de tiempo completo o su equivalente en carga horaria.

Debe participar regularmente en el desarrollo de los informes de los estudios, supervisado por un médico de planta del área. El médico supervisor debe ser especialista avanzado en el área con no menos de 6 años de entrenamiento.

Supervisión del aprendizaje

El servicio debe contar con un médico de planta con función docente.

Al final de la rotación de efectuará un examen teórico-práctico con interpretación de imágenes y casos clínicos.

VII. Cardiología pediátrica.

Durante su rotación deberán adquirirse las siguientes competencias:

Cardiopatías congénitas, su etiología, fisiopatología, semiología, evolución, diagnóstico y tratamiento. Clasificación de las cardiopatías congénitas y reconocimiento de la utilidad clínica de los métodos complementarios.

Reconocimiento de las distintas alternativas de tratamiento.

Ajuste de drogas según edad y peso.

Utilidad del tratamiento por catéteres.

Alternativas quirúrgicas, indicaciones y contraindicaciones, evolución y pronóstico.

Cardiopatías congénitas del adulto.

La rotación debe brindar los elementos para que el médico en formación:

Conozca la embriología, la anatomía y la fisiopatología de las cardiopatías congénitas.

Posea la capacidad de diagnóstico clínico, el conocimiento de la historia natural y el tratamiento de las patologías más frecuentes.

Realice el seguimiento de los pacientes tratados en Hemodinamia o Cirugía.

Pueda realizar una interconsulta a un nivel superior de referencia.

Conozca la indicación y el análisis de los métodos complementarios.

Reconozca el manejo de la terapéutica (farmacológica, quirúrgica o intervencionista).

Desarrolle habilidad para la valoración de embarazadas portadoras de cardiopatías congénitas.

Pueda efectuar valoraciones para cirugía cardíaca y no cardíaca.

Pueda efectuar un seguimiento clínico general.

Pueda supervisar un programa de rehabilitación.

En relación con el centro de entrenamiento, este deberá:

Contar con por lo menos 25 camas internación.

Recibir alrededor de 800 consultas mensuales, de las cuales el rotante debe asistir en por lo menos 5 consultas diarias.

Con respecto a las características generales de la rotación se sugiere:

Una duración no menor de tres meses de dedicación de tiempo completo o su equivalente en carga horaria.

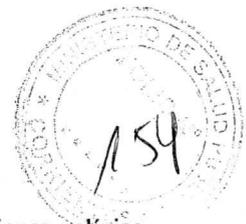
Deberá rotar por Clínica Cardiológico Pediátrica, Cirugía Cardiovascular (con cuidado intensivo CV), Ecocardiografía y Hemodinamia.

La rotación será supervisada por un médico de planta con función docente de por lo menos más de 5 años de especialista y con actividad académico-asistencial permanente.

VIII. Cardiología Intervencionista

Los conocimientos que deberán adquirirse durante la rotación en Cardiología Intervencionista serán las siguientes:

1. Física de las radiaciones y los métodos de protección de estas.



2. Indicaciones, contraindicaciones, potenciales complicaciones y las implicaciones clínico-quirúrgicas derivadas del estudio hemodinámico.
3. Técnica para la realización de cateterismos derechos e izquierdos, ventriculografía, arteriografía coronaria y periférica.
4. Técnica para la colocación de marcapasos transitorios, pericardiocentesis, biopsia endomiocárdica y colocación de balón de contrapulsación intraaórtico.
5. Accesos vasculares arteriales y venosos (femoral, humeral, radial y yugular) por punción y canalización.
6. Indicaciones, contraindicaciones, potenciales complicaciones de la Cardiología Intervencionista, tanto de la Angioplastia transluminal coronaria, colocación de Stents y la valvuloplastia con balón transcatéter.
7. Reconocer la aplicación clínica de los grandes ensayos.

Requisitos del área / sector .

El centro donde se efectúa la rotación por Cardiología Intervencionista deberá reunir los requisitos de infraestructura, equipamiento y número de estudios establecidos para la acreditación otorgada por el Consejo Argentino de Cardiología Intervencionista. (CASI).

El personal estará constituido por: 2 enfermeros, 1 técnico y 2 médicos de planta con función docente. A propósito de estos profesionales, deberán tener por lo menos 5 años de práctica activa como cardiólogo intervencionista y ser considerados como tales por CACI.

El especialista en formación deberá participar de los siguientes procedimientos:

1. Como observador en 50 procedimientos diagnósticos y 50 procedimientos terapéuticos.
2. Como ayudante en 30 cateterismos izquierdos, 50 cateterismos derechos, 100 accesos vasculares por punción, Angioplastia trasluminales coronarias (ATC) con balón, ATC con stent.

Se rotará durante un mínimo de 3 meses de dedicación de tiempo completo o su equivalente carga horaria; esto se llevará a cabo a partir del tercer año de formación.

Los médicos de planta, el jefe y el subjefe del Servicio supervisarán el aprendizaje y la práctica.

La evaluación será teórico – práctica y valorará la interpretación del cuadro clínico y el examen físico del paciente en función del estudio que se realizará y la interpretación del estudio realizado y los pasos del procedimiento, su fundamento y los resultados alcanzados.

IX. Arritmias, Marcapasos y Electrofisiología

Se considera que la enseñanza de la Electro cardiografía debe comenzarse desde el ingreso del residente al sistema, tanto en su rotación por sala general como en unidad coronaria. El servicio de Arritmias, Marcapasos y Electrofisiología tendrá dos funciones diferenciadas:

Apoyo teórico – práctico mediante un curso organizado en el mismo centro y que forma parte de la actividad académica del residente, y
Oportunidades de prácticas.

Los médicos en formación deberán incorporar una serie de conocimientos técnicos y habilidades prácticas como las que se detallan a continuación:

Trastornos en la generación y conducción de los impulsos, taquiarritmias supraventriculares y ventriculares, síndromes de preexcitación, entre otros.

Holter ambulatorio: aspectos técnicos relacionados con el procedimiento. Reconocer indicaciones, utilidad y limitaciones del método.

Estudio de potenciales tardíos por promediación de señales: indicaciones, utilidad y limitaciones del método.

Control de marcapasos: reconocer los distintos modos de estimulación, sus indicaciones, limitaciones, ventajas y complicaciones. Interpretar una telemetría externa así como una reprogramación.

Tilt test: indicaciones, utilidad y limitaciones del método.

Interpretar los resultados y planificar la terapéutica sobre la base de ellos.

Electrofisiología invasiva

Estudio electrofisiológico: indicaciones, utilidad y limitaciones del método.

Interpretar un hisiograma normal y patológico. Reconocer los aspectos fisiológicos de una estimulación asincrónica y programada de la aurícula y el ventrículos derechos. Interpretar los resultados de la medición del tiempo de recuperación del nódulo sinusal. Conocer los aspectos fisiopatológicos de los mecanismos involucrados en las distintas arritmias.



Ablación transcatóter: indicaciones, utilidad y limitaciones del método. Reconocer su utilidad en las distintas modalidades del método.

Cardiodesfibriladores implantables: indicaciones, utilidad, limitaciones y complicaciones. Conocer los principales estudios multicéntricos que abarcan el tema.

Investigación: se debe fomentar la participación progresiva en la metodología de investigación de la especialidad. Participación en ateneos, búsquedas bibliográficas, trabajos científicos.

Las características del centro en cuanto a infraestructura, equipamiento y números de estudios y procedimientos serán aquellas que posibiliten la debida acreditación por los organismo pertinentes.

En cuanto al personal, se considera un mínimo de una enfermera, un técnico y un médico de planta con función docente. Este último deberá ser electro fisiólogo de planta.

En este aparato de determinó la cantidad mínima de procedimientos que el residente de cardiología debe realizar durante su rotación por el servicio de electrofisiología, así como el papel que debe desempeñar durante ellos.

Estudios invasivos

- a) Estudio electrofisiológico: la presencia del residente será en carácter de asistente de un operador principal (*staff* de electrofisiología). Número de estudios: 10.

Estudios no invasivos

- a) Holter: el residente deberá ser capaz de grabar, desgrabar e interpretar un estudio (siendo esto último supervisado por un *staff*). Número de estudios: 60.
- b) Estudios de potenciales tardíos por promediación de señales. El residente deberá ser capaz de interpretar los resultados del estudio.
- c) Variabilidad de la frecuencia cardíaca: El residente deberá ser capaz de interpretar los resultados del estudio.
- d) Control de marcapasos: el residente deberá reconocer el manejo del imán, realizar una intervaliometría y los aspectos básicos de la reprogramación. Participará en carácter de asistente de reprogramación por telemetría externa.
- e) Control de Cardiodesfibriladores: el residente participará en carácter de observador.
- f) *Tilt test*: el residente participará en carácter de operador (supervisado).

Procedimientos terapéuticos

En todos los casos el papel del residente será el *observador* (discutiendo los casos y resultados) dentro del laboratorio de electrofisiología.

- a) Ablación transcatóter (para todas sus modalidades).
- b) Colocación de marcapasos definitivo.
- c) Colocación de cardiodesfibrilador.

Tiempo de rotación por el servicio de electrofisiología.

Ubicación en el currículo.

Duración total de la rotación: 3 meses de dedicación de tiempo completo o su equivalente en carga horaria.

Supervisión del aprendizaje. Evaluación de la rotación.

El aprendizaje será supervisado constantemente por un miembro del *staff* del sector Arritmias, Marcapasos y Electrofisiología. La participación del residente tanto en carácter de asiste como de operador será bajo la tutela del especialista. Se propone una evaluación de la rotación en forma cualicuantitativa en forma conceptual y práctica (p. Ej., elección múltiple, lista de cotejo, oral u otro).



CONCLUSIONES

Aplicabilidad en el medio actual

El sistema de selección para realizar una formación cardiológico debe ser sobre la base de una prueba escrita objetiva y evaluación de los antecedentes curriculares.

La especialización en cardiología comprenderá un nivel general de formación para el eficaz desempeño del médico cardiólogo en todo el ámbito nacional.

Los aspirantes a la especialidad deberán tener una formación previa en medicina interna no menor al año de tiempo completo.

Un año de residencia en medicina interna y tres años de residencia en cardiología permiten cumplir los objetivos propuestos.

Una concurrencia de tiempo parcial requerirá un mínimo de dos años en medicina interna y cinco de cardiología para cumplir los objetivos propuestos.

Los centros donde los cardiólogos en entrenamiento desarrollen sus actividades deberán estar acreditados por los organismos correspondientes.

La evaluación final *para la obtención del grado* deberá estar a cargo de centros con afiliación universitaria hasta la creación de un ente regulador *ad hoc* a nivel nacional encargado de la supervisión, control y desarrollo del proceso evaluativo final.

La especialización eventual de los cardiólogos en áreas específicas de la especialidad no forma parte de la formación del especialista en cardiología, sino que quedará a cargo de programas de entrenamiento (p. ej., *Fellowships*) en centros de mayor nivel de complejidad. El planeamiento, el desarrollo y el control de estos programas excede los alcances del presente programa.

El desarrollo de este programa de entrenamiento en cardiología dentro del marco de formación de especialistas en la actualidad, requiere de centros con capacidad reconocida para la enseñanza de la cardiología en el post grado.

Dado que la complejidad de nuestro servicio no permite el entrenamiento en todas las áreas de competencia del cardiólogo en formación, se complementaran con rotaciones por centros acreditados o de reconocida prestigio del medio o de donde se considere más adecuado.



Addendum I

1. El médico aspirante a iniciar su formación de posgrado en cardiología debe
 - a.- Tener título de médico obtenido en Universidad argentina nacional o privada
 - b.- Tener matrícula profesional habilitante otorgadas por las autoridades competentes.
 - c.- Acreditar una formación sistemática en Clínica Médica, Medicina Interna, Medicina General o Medicina Familiar. En ese período debe haber realizado una pasantía o rotación de tres meses por lo menos en el área de Cuidados Intensivos.
2. Cualquier unidad académica que desarrolle un programa de formación de especialista en Cardiología debe determinar la cantidad de profesionales que puede admitir y establecer un sistema de selección de candidatos.
3. El sistema de selección de elección de los candidatos debe contemplar:
 - a.- Un examen escrito de conocimientos médicos.
 - b.- Una evaluación de intereses, motivación y/o habilidades interpersonales a través de una entrevista personal.
 - c.- Promedio de la carrera de grado.
 - d.- Evaluación de antecedentes en docencia universitaria.
 - e.- Evaluación de antecedentes en investigación.
 - f.- Evaluación de la capacidad para la lectura comprensiva en inglés.
 - g.- Evaluación de la capacidad para utilizar un procesador de textos, una planilla de cálculos y base de datos.
 - h.- Una prueba de actitud psicofísica realizada por autoridad competente.
 - 3.a.- Del examen de conocimientos médicos
 - I. Debe ser una prueba escrita objetiva. El 60% debe explorar conocimientos de Clínica Médica y el 40% de Cardiología.
 - II. El examen estructurado debe incluir 100 preguntas como mínimo, del tipo de selección múltiple con 4 opciones. Las preguntas deben incluir el planteamiento de situaciones clínicas y la toma de decisiones más que el simple recuerdo de datos específicos.
 - III. El nivel de aprobación de esta prueba debe ser el 60% del máximo posible. Sería recomendable la implementación de un examen de admisión unificado para todos los programas de formación. La elaboración, la aplicación y la corrección de la prueba de admisión debería estar a cargo de un grupo interinstitucional.
 - 3.b.- De la entrevista personal
 - I. La entrevista debe realizarse en el centro donde el aspirante desea ingresar.
 - II. Los entrevistadores deben elaborar las pautas necesarias para sistematizar la entrevista de modo que todos los postulantes enfrenten una situación lo más estandarizada posible.
 - 3.c.- Del promedio de la carrera de grado
Cada centro decidirá cual es el promedio de nota de carrera de grado que exigirá a los postulantes para ser admitidos.
 - 3.d.- De los antecedentes en docencia
Será reconocida la experiencia docente en cargos de auxiliares (ayudantes de segunda, de primera y/o jefe de trabajos prácticos) debidamente documentada; obtenidos por concurso y oposición.
 - 3.e.- De los antecedentes de investigación
Serán reconocidos los trabajos, como autor o coautor, presentados en congresos y/o jornadas científicas nacionales y/o regionales, cuyos resúmenes se adjunten.
 - 3.f.- De la competencia de la lectura comprensiva en inglés
 - I. Debe ser evaluada a través de una prueba estandarizada con preguntas sobre un texto médico en inglés que debe ser leído en el momento de la prueba.
 - II. La prueba en inglés se califica con suficiente o insuficiente.
- 4.- El sistema de adjudicación de puntaje a los antecedentes debe ser explícito y debe ser comunicado a los postulantes en el momento de la inscripción.



Addendum II - Evaluación

1.- Acreditación de centro de formación

La calidad de la educación médica está estrechamente ligada a las condiciones y características de los centros asistenciales en que se desarrolla. Por esta razón para asegurar este objetivo, es necesario que los programas de entrenamiento de médicos cardiólogos se desarrollen en servicios acreditados por un organismo competente

1.-1. Aspectos a evaluar

El ente regulador deberá evaluar los siguientes aspectos de los programas de los centros de formación en cardiología

_ Desarrollo del programa: implica el modo en que se implementa el programa, es decir, cómo es el aprendizaje que pretende el programa. Es fundamental destacar que el programa debe desarrollarse en un marco profesional ético en el que se considere al médico en formación como en centro del sistema de aprendizaje, siendo el objetivo final del sistema de formación, capacitar al médico en el ejercicio profesional. Esto significa que no debe considerarse un sistema de autoaprendizaje sino una escuela de aprendizaje en servicio bajo supervisión idónea. Por tal motivo deben excluirse aquellos sistemas que utilizan un presunto programa de formación como instrumento exclusivamente asistencial y de bajo costo, con el justificativo de aprendizaje práctico.

_ Autoevaluación de la ejecución del programa de capacitación: debe existir en cada centro un sistema de autoevaluación del programa aplicado con el fin de analizar cuales son las falencias para su corrección y cuales sus virtudes para su perfección y desarrollo. El objetivo central del sistema de autoevaluaciones corroborar el grado de cumplimiento del programa. Esta evaluación anual del programa por parte de los médicos en formación es un medio para valorar el desarrollo del programa a lo largo de los años y controlar en que medida se cumplen los requisitos previstos.

1.-2 Metodología de la evaluación

La evaluación del centro debe realizarse en terreno y estar a cargo del ente regulador a través de representantes que se comunican directamente con los responsables de la formación y con los médicos en formación. Así mismo deben examinarse la infraestructura donde se desarrolla el programa y las características laborales del centro.

Los criterios de evaluación de los centros deben ser precisos y comunicados con antelación a aquellos a fin de que tengan la oportunidad de realizar eventuales correcciones. Esta evaluación debe realizarse en forma periódica con intervalos no menores a 2 años.

En la evaluación de centros se aplica un criterio de aprobación o desaprobación prescindiendo de puntuaciones. El énfasis está dirigido a establecer un nivel mínimo que garantice un aprendizaje adecuado. Los requisitos mínimos están bosquejados en cada una de las actividades académico-asistenciales.

2.- Evaluación de las competencias profesionales

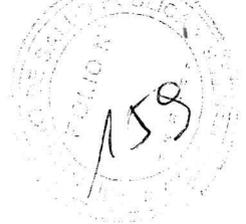
Para obtener la certificación de Médico Cardiólogo, el médico en formación debe cumplir las exigencias de la carga horaria de cada rotación y realizar el número de experiencias sugeridas en este consenso.

Del aprendizaje de conocimientos iniciado en el pregrado debe pasar a la aplicación, la interpretación, el análisis y la síntesis necesarios para el diagnóstico y la terapéutica. Es decir el conocer debe transformarse en saber que hacer, el conocimiento en competencias. La capacitación debe comprender no solo el área cognoscitiva sino también la de las habilidades sensoriomotrices y la de las actitudes (ante el paciente, la familia, los colegas, otros trabajadores de la salud y administrativos y la comunidad). Estos contenidos deben ser necesariamente ser incluidos en la evaluación.

La comprobación del logro de las competencias profesionales por parte de cada uno de los médicos conduce a la certificación como Especialista en Cardiología.

2.-1 Evaluación basada en la observación (evaluación informativa)

El médico en formación debe ser evaluado fundamentalmente a través de la observación de sus competencias en el trabajo cotidiano. A fin de corroborar esas competencias debe existir también una evaluación formal y



objetivo. La evaluación en el ámbito mismo de trabajo debe estimular aprendizaje cognoscitivo, las destrezas, el juicio crítico y las actitudes interpersonales adecuadas.

Es esencial que exista una evaluación anual con el objetivo de establecer el nivel cognoscitivo, de destrezas y de actitudes del médico en formación. Esta evaluación debe complementar a aquella realizada por los responsables directos del programa (Jefe del Servicio, encargados de las rotaciones). Esta evaluación debe ser comunicada y analizada con el médico en formación, para corregir los defectos y estimular los logros.

Se propone un sistema de puntuación para la evaluación anual del médico en formación (adicionar tablas 1 a 5) que puede realizarse una única vez al finalizar el año lectivo o por semestre o trimestre y promediar el valor final.

2.-2 Evaluación final (certificación de especialista)

todo examen requiere por lo menos de dos examinadores, los que dispondrán de listas con los objetivos de la evaluación de modo que esta sea ordenada y objetiva.

La evaluación final deberá ser supervisada por el ente regulador propuesto en el punto 2. Hasta su constitución, el examen final debería en centros con afiliación universitaria y/o Sociedades Científicas vinculadas.

Por último debe llevarse un registro de las evaluaciones y ser archivadas por el Servicio y por el ente regulador. Ello permite una evaluación analítica del cumplimiento del programa.

Evaluación del área cognoscitiva

La evaluación final del área cognoscitiva del médico en formación en Cardiología consiste en un examen de selección múltiple seguido de una evaluación de la aplicación, la interpretación, el análisis y la síntesis conducente a la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas, En esta última evaluación participan el Jefe del Servicio y miembros del ente regulador. Puede ser oral o con consecuencias de preguntas y respuestas preparadas ad hoc.

Evaluación del área de destrezas sensoriomotrices

La evaluación de este punto puede realizarse con pacientes reales, con pacientes simulados o con modelos artificiales.

Evaluación del área de las actitudes

Se realiza simultáneamente con las pruebas de evaluación previas o ante pacientes reales o simulados.

Puntos para evaluar

-- Cardiología General

1. Enfermedad coronaria: Diagnóstico y tratamiento de los síndromes coronarios. Indicaciones de tratamientos de reperfusión.
2. Valvulopatías: Diagnóstico y tratamiento. Protocolos de seguimiento. Indicaciones quirúrgicas.
3. Miocardiopatías: Clasificación. Fisiopatología, pronóstico y tratamiento.
4. Hipertensión arterial: Investigación y tratamiento de la HTA primaria y secundaria. Epidemiología y relación con otros factores de riesgo.
5. Prevención primaria, secundaria y epidemiología: Protocolos de prevención. Anormalidades de los lípidos y su tratamiento. Epidemiología de la enfermedad coronaria.
6. Rehabilitación: principios de rehabilitación cardiovascular y entrenamiento. Aspectos psicológicos. Rehabilitación en prevención secundaria.
7. Terapéutica: Farmacología de las drogas usadas en cardiología. Indicaciones, monitoreo, efectos adversos e interacciones.
8. Resucitación cardiopulmonar: principios de resucitación cardiopulmonar. Soporte básico y avanzado. Políticas hospitalarias de reanimación cardiopulmonar y equipos de trabajo.
9. Enfermedad cardíaca y embarazo: Tratamiento de la enfermedad cardíaca y la hipertensión arterial en el embarazo. Enfoque multidisciplinario.
10. Enfermedades congénitas en el adulto: investigación y tratamiento de las cardiopatías congénitas que llegan a la adultez.
11. Deportes y enfermedad cardiovascular.

--Cardiología en la internación



1. Cuidados prehospitalarios y traslados: entrenamiento y protocolos
2. Unidad Coronaria: Síndromes isquémicos agudos: conocimientos sobre el tratamiento trombolítico, indicaciones de revascularización y protocolos y protocolos de tratamientos de la cardiopatía aguda y/o descompensada.
3. Insuficiencia cardíaca: etiología, clasificación, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Indicaciones de trasplante cardíaco.
4. Arritmias: Reconocimiento y tratamiento de las arritmias y los trastornos de conducción. Muerte súbita.
5. Emergencias cardiovasculares: Embolias de pulmón, pericarditis aguda, miocarditis, taponamiento, disección aórtica y rotura cardíaca. Contrapulsación aórtica. Punción pericárdica. Punciones venosas centrales.
6. Endocarditis: protocolos de diagnóstico, tratamiento y profilaxis. Indicaciones quirúrgicas.
7. Recuperación cardiovascular: Fisiopatología de la circulación extracorpórea. Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones posoperatorias. Rehabilitación de los pacientes operados del corazón.

--Estudios cardiológico no invasivos

1. Electrocardiograma: aspectos técnicos, bases fisiopatológicas, criterios de diagnóstico.
2. Ergometría: fisiología del ejercicio. Técnica y protocolos. Indicaciones y criterios de diagnóstico. Sensibilidad, especificidad y valor predictivo.
3. Holter: Aplicaciones, técnica, artefactos, informes.
4. Ecocardiografía: principios del método, criterios de diagnóstico, limitaciones, ecocardiografía intraesofágica, estrés, intracardíaca.
5. Medicina nuclear: Agentes radioisotópicos y tipos de investigación. Combinación con pruebas de estrés, centellograma de ventilación perfusión. Interpretación y limitaciones.

--Estudios cardiológico invasivos

1. Cinecoronariografía: indicaciones y complicaciones. Operador bajo supervisión. Indicaciones, técnica y complicaciones de la angioplastia coronaria.
2. Cateterismo cardíaco: Indicaciones y complicaciones. Determinación de la presión en forma invasiva, técnica y errores. Uso de las saturaciones de oxígeno para evaluar shunts. Volumen minuto cardíaco.
3. Marcapasos: diferentes modalidades de marcapaseo, indicaciones. Marcapasos transitorio, colocación y manejo. Control clínico de los marcapasos. Indicadores de mala función y Complicaciones.
4. Electrofisiología: principios y técnica. Interpretación de estudios. Cardiodesfibriladores implantables.



Addendum III

- Area física: para recibir médicos en formación en el perioperatorio de CCV se considera conveniente la existencia de una unidad de recuperación cardiovascular. Se entiende como tal al área física independiente o semidependiente destinada al cuidado del posoperatorio de CCV. Debe estar dirigida por un jefe, coordinador o médico cardiólogo responsable von funciones específicas de esa área y debe poseer actividad docente y científica propia.

Esta Unidad de RCV debe contar con un mínimo de tres camas.

La cantidad del personal de enfermería deberá ser de una por cama. Deben realizarse 10 o más cirugías centrales por mes (120 anuales).

- Docentes: los médicos de plantas con responsabilidad en la función docente deberán ser especialistas en cardiología con más de tres años de experiencia en la recuperación posoperatoria de CCV y deben acreditar jerarquía científico-académica en la subespecialidad. Podrán también actuar como docentes los cirujanos, anestelistas y perfusionistas. El aprendizaje deberá ser supervisado y evaluado por el médico cardiólogo a cargo de la unidad de RCV.

- Actividades que debe realizar el médico en formación

Los médicos en formación deberán rotar un mínimo de tres meses de dedicación de tiempo completo o su equivalente en carga horaria, o los necesarios para asistir a la recuperación de 30 (como mínimo) cirugías cardiovasculares centrales. Se desarrollarán en quirófano, sala de recuperación cardiovascular (área crítica) y sala de cuidados generales:

1. Observación de coronariografías y discusión con el cirujano de indicaciones y técnicas quirúrgicas.
2. Observación de cirugías y discusión con el cirujano de diferentes técnicas de:
 - RCM
 - Cirugía valvular
 - Cirugía de cardiopatías congénitas.
 - Cirugía de aorta torácica.
 - Cirugía arterial periférica y de aorta abdominal.
 - Cirugía carotídea.
3. Observación y discusión con el anestesista de técnicas anestésicas y de manejo intraoperatorio.
4. Observación y discusión de con el perfusionista de técnicas, modalidades y manejo de circulación extracorpórea.
5. Observación de recuperadores sanguíneos (tipo Cell-Saver).
6. Asistencia supervisada de pacientes en sala de recuperación de RCV.
7. Asistencia supervisada de pacientes en sala general.
8. Asistencia supervisada de pacientes en preoperatorio y posoperatorio en consultorio.
9. Colocación de vía venosa central.
10. Colocación de vía arterial.
11. Colocación y manejo de catéter Swan-Ganz.
12. Monitoreo hemodinámico.
13. Colocación y manejo de catéter marcapasos transitorio.
14. Manejo del balón de contrapulsación, observación de otras modalidades de asistencia circulatoria mecánica disponibles.
15. Intubación endotraqueal.
16. Manejo de respiradores mecánicos.
17. Punción pleural.
18. Pericardiocentesis.
19. Manejo y cuidados de los drenajes.
20. Manejo y cuidados de los pacientes en diálisis o ultrafiltración.
21. Extracción de sangre para gases en sangre arterial e interpretación de resultados.
22. Cálculo y manejo del balance hídrico y sanguíneo.
23. Evaluación, curación y cuidado de las heridas quirúrgicas.
24. Prácticas de enfermería en RCV. Supervisión.

La evaluación para verificar los logros de los objetivos propuestos se implementará por dos mecanismos:

- a) Evaluación continuada por el docente responsable de la supervisión, con la confección de una planilla que informe y califique el cumplimiento de los objetivos al finalizar la rotación. En esta planilla se evaluarán la incorporación de conocimientos teóricos y de habilidades



prácticas, el cumplimiento de horarios y actividades en quirófano y sala, la responsabilidad y disposición para el trabajo y la relación con los pacientes, médicos de planta y personal auxiliar.

- b) Evaluación teórica por examen.



Tabla 1

Habilidad clínica	No cumple los objetivos (1-3 puntos)	Cumple los objetivos (4-7 puntos)	Cumple con exceso los objetivos (8-10 puntos)
Historia clínica	Incompleta Inadecuada	Habitualmente completa Ordenada y sistematizada	Comprensión y percepción adecuada del caso reflejada en la historia
Examen físico	Incompleto, inexacto, falla en las habilidades básicas. Se detiene en exploraciones innecesarias	Adecuado. Se comporta relajado y seguro. Reconoce las anomalías más significativas	Exacto. Busca y reconoce signos específicos de la especialidad.
Exámenes Complementarios	Solicita exámenes inapropiados, sin orden lógico o innecesariamente costosos	Usualmente apropiados	apropiados y consistentes con la patología y los diagnósticos diferenciales.
Interpretación Diagnóstica	Falla al sintetizar e interpretar los datos clínicos. Incapaz de hacer diagnósticos diferenciales	Sintetiza e interpreta adecuadamente los datos clínicos. Tiene una aproximación ordenada a los diagnósticos diferenciales.	Realiza diagnósticos precisos. Tiene una excelente memoria clínica
Aplicación de los Conocimientos a La práctica clínica decisiones	No confiables. Incapaz de jerarquizar los datos clínicos. Toma cursos de acción inadecuados	Confiables. Generalmente interpreta adecuadamente los datos clínicos. Pide consejo a sus superiores adecuadamente	Confiables más allá de lo estándar pero reconociendo sus límites. Toma decisiones correctas en casos complejos

Tabla 2

	No cumple los objetivos (1-3 puntos)	Cumple los objetivos (4-7 puntos)	Cumple con exceso los objetivos (8-10 puntos)
Habilidad Práctica	Aprendizaje lento. Realiza los procedimientos de rutina en forma insatisfactoria. Inseguro.	Ritmo de aprendizaje adecuado. Satisfactorios. Razonablemente Seguro.	Aprende rápidamente, realiza los procedimientos de rutina adecuadamente y resuelve bien las complicaciones.
Manejo Del Paciente	Desorganizado. Se pierde en aspectos importantes del manejo clínico. Formula planes de diagnóstico y terapéuticos inadecuados.	Organizado. Considera la mayoría de los aspectos del manejo clínico. Formula planes de diagnóstico y terapéuticos efectivos	Muy organizado, tiene una clara visión del manejo clínico. Los planes de acción son siempre compatibles con el problema



Tabla 3

Conocimientos	No cumple los objetivos (1-3 puntos)	Cumple los objetivos (4-7 puntos)	Cumple con exceso los objetivos (8-10 puntos)
Ciencias Biomédicas	Desinteresado, no estudia. Falla al aplicar los conocimientos Básicos a los problemas clínicos.	Razonamiento actualizado con el estudio. Relaciona Satisfactoriamente sus Conocimientos con el Cuidado del paciente.	Entusiasta en estudiar nueva literatura. Amplios conocimientos que aplican muy bien a los pacientes.
Clínicos	No estudia. No tiene los conocimientos necesarios para hacer diagnósticos diferenciales adecuados. No aprende de la experiencia.	Estudioso. Tiene los conocimientos para enfrentarse con las patologías Habituales, aunque puede perderse en los casos más complejos. Habitualmente modifica su actitud sobre la base de la experiencia adquirida.	Muy estudioso. Sus conocimientos superan el promedio. Busca casos inusuales y pide consejos a sus superiores para confirmar sus observaciones. Modifica su actitud sobre la base de la experiencia.

165

Tabla 4

Actitud (1-3 puntos)	No cumple los objetivos (4-7 puntos)	Cumple los objetivos (8-10 puntos)	Cumple con exceso los objetivos
Cconfiabilidad	No confiable. Olvida Llevar a cabo las órdenes	Confiable. Consciente de que se encuentra a cargo del cuidado de un paciente	Confiable y con iniciativa propia. Anticipa los problemas y los discute con sus superiores.
Motivación	Carece de entusiasmo e Iniciativa. Contribuye mínimamente al trabajo en equipo.	Cuando es estimulado participa con entusiasmo. Activamente involucrado con el Trabajo en equipo. Contribuye con ideas.	Entusiasta y con iniciativa permanente Impulsa al equipo a trabajar con mayor motivación.
Liderazgo	Muy limitado. Necesita Siempre el apoyo de otros Da órdenes confusas.	Tiene una razonable capacidad para influir en otros. Sus Órdenes son claras.	Capaz de dirigir e influir sobre otros adecuadamente. Sus órdenes son claras e impulsa a otros a tomar la iniciativa bajo su guía.
Administrativas	Se retrasa en sus tareas. Desorganizado.	Organizado.	Bien organizado. siempre Trabajando.
Relación con Otros colegas	Falla en su relación con sus superiores, pares y médicos a cargo. Crea problemas más que brindar soluciones No coopera con el trabajo de los demás	Buena relación con otros médicos. Ayuda a sacar a otros de la crisis Es útil intermediario	Respetado por superiores, pares y a cargo. Capaz de disentir con sus colegas creando una discusión constructiva.
Relación con Otros miembros Del equipo de Salud	Trato brusco y poco profesional. Genera problemas en el equipo de trabajo.	Respetuoso y profesional Aprecia el trabajo de los Demás. Resuelve problemas de relación en el equipo.	Buena relación, inspira entusiasmo y respeto. Profesional y diplomático ante los problemas grupales
Pacientes	Mala comunicación. Los Pacientes prefieren otro Médico. Pone ansioso a los pacientes.	Buena comunicación. Los pacientes aceptan con agrado ser vistos por el. Calma al Paciente	Excelente comunicación. Los pacientes lo eligen. Inspira confianza



Tabla 5

Actividad de Posgrado	No cumple los objetivos (1-3 puntos)	Cumple los objetivos (4-7 puntos)	Cumple con exceso los objetivos (8-10 puntos)
Docencia	Desinterés. Evita enseñar	Competente	Excelente docente
Estudio	Lo evita si es posible. Pobrementemente preparado. Aporte pobres a la discusión	Estudia lo necesario Buena preparación Buenos aportes.	Muy estudiosos Excelente preparación Aportes sobresalientes.
Exposiciones	No le interesa presentar. Las presentaciones son pobres y falla en extractar los puntos principales. Pobre uso de material gráfico. No puede responder apropiadamente a las preguntas	Presentador entusiasta. Buenas presentaciones con jerarquización de los puntos principales. Uso apropiado de medios gráficos. Responde Bien a las preguntas.	Excelente presentador. La información se asocia con una buena interpretación. Material gráfico excelente. Responde las preguntas y origina discusiones e ideas que enriquecen la presentación.
Escritos	Escribe en forma poco clara y difícil de entender.	Escribe en forma clara y precisa.	Escribe en forma clara, apropiadamente al vocabulario del público al cual está dirigido.
Investigación	No afecto a llevar a cabo tareas de investigación. Incapaz de llevar a cabo los proyectos encargados.	Interesado en encarar proyectos de investigación y aplica razonablemente Los métodos. Requiere supervisión pero es competente cuando se lo dirige.	Actitud especial para la investigación. Puede encarar proyectos en forma independiente con buenos resultados.