



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

MINISTERIO DE SALUD

2016-Año del Bicentenario de la Declaración de Independencia de la República
Argentina

PROGRAMA DOCENTE DE LA RESIDENCIA DE CIRUGIA GENERAL

ANEXO I

2016

Resolución N° 221-MSGC/16

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	2
2. FUNDAMENTACIÓN	3
2.1. Consideraciones generales sobre los programas de residencia de GCBA	4
2.2. Descripción de la Población Beneficiaria	5
3. PROPÓSITOS GENERALES	6
4. PERFIL DEL MÉDICO CIRUJANO GENERAL.	7
ÁREA DE COMPETENCIA GENERAL	7
5. ORGANIZACIÓN GENERAL Y CONDICIONES MÍNIMAS	
PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA	8
5.1. Funciones docentes y de supervisión para el desarrollo del programa	9
6. ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN	12
7. ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR AÑO, SEGÚN	
ÁMBITO DE DESEMPEÑO Y APRENDIZAJE.	12
7.1. Organización general de las actividades por áreas de formación	13
7.2. Objetivos, actividades y contenidos por año y por rotación	16
8. SISTEMA DE EVALUACIÓN	28
9. BIBLIOGRAFÍA	30
10. APENDICE I	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
11. APENDICE II (ROTACIONES)	34
12. APENDICE III (ROTACIONES)	35

1. INTRODUCCIÓN

La Cirugía General es una rama de la medicina que se ocupa del diagnóstico y del tratamiento de los pacientes afectados por patologías, que se resuelven mediante procedimientos quirúrgicos o potencialmente quirúrgicos, electivos o de urgencia

La Cirugía General es una especialidad básica que permite una formación posterior en las distintas disciplinas quirúrgicas o especialidades derivadas. Si bien se ocupa del tratamiento quirúrgico en los sistemas digestivo, endócrino, pared abdominal, piel y partes blandas y retroperitoneo; también resuelve urgencias de subespecialidades quirúrgicas o especialidades afines, para iniciar el tratamiento, estabilizar y/o trasladar al paciente a un centro de mayor complejidad.

El cirujano general es el especialista preparado para manejar las patologías quirúrgicas prevalentes de un hospital de mediana y alta complejidad, siguiendo los principios éticos de la práctica, considerando aspectos promocionales y preventivos, aplicando diferentes técnicas aceptadas por la comunidad científica, compartiendo la intervención con el equipo de salud y contemplando los factores de riesgo

Uno de los cambios más importantes en el cuidado de la salud pública moderna fue sin dudas el aumento de la expectativa de vida en el mundo occidental.

Tanto es así, que se estima que quien nazca en el siglo XXI tendrá una expectativa de vida promedio cercana a los 100 años.

La innovación y la introducción de nuevas tecnologías aplicadas al cuidado de las personas e implementadas en el campo de la salud pública, son responsables en casi un 80%, del incremento de vida mencionado.

Se entiende por innovación en salud pública a la introducción y aplicación intencional de ideas, procesos, productos o procedimientos nuevos; diseñados para generar beneficios a personas, grupos de personas o sociedades. Es decir que la innovación está caracterizada por la novedad, la modalidad de aplicación y el beneficio.

La cirugía es una especialidad médica que siempre estuvo a la vanguardia de las innovaciones tecnológicas, aportando soluciones y beneficios que mejoraron la calidad y expectativa de vida de las personas.

El comienzo de la enseñanza de la cirugía y de sus jóvenes aprendices, debe buscarse en el sistema desarrollado hacia fines del siglo XIX en los Estados Unidos de Norteamérica por William Halsted en la Facultad de Medicina de la Universidad John Hopkins. Su modelo de enseñanza quirúrgico, sustentado en “vea uno, opere uno, enseñe uno” constituyó la matriz de entrenamiento de innumerables generaciones de cirujanos por un largo período³. Esta modalidad de aprender medicina en el hospital, en estrecha relación con los pacientes fue mejorado y organizado; y derivó en el sistema de enseñanza supervisado en el lugar de trabajo, a tiempo completo, que hoy conocemos como “residencia”.

En la década del '50, ocurrieron en nuestro país, dos hechos trascendentales en lo que se refiere a educación médica de grado y pos grado: la creación de las Unidades Docentes Hospitalarias y las Residencias Médicas, respectivamente.

Las residencias de cirugía general comenzaron en Argentina en el año 1951 en el Policlínico de Lanús (Htal. Gregorio Araoz Alfaro) bajo la dirección del Dr. Augusto Moreno. Esta corriente inicial se extendió a otros hospitales de la ciudad de Buenos Aires (Htales. Durand y Bonorino Udaondo).

Entre los años 1957 – 1958 se crean las residencias universitarias en la IV

Cátedra de Cirugía de la Facultad de Medicina de la UBA, a cargo del Prof. Dr. Mario Brea. A partir de los años 60, las residencias de cirugía general adquieren el formato que hoy conocemos, consolidándose como la manera óptima de formar recurso humano en la especialidad.

La Residencia de Cirugía constituye un proceso de formación médica continua que tiene como objetivo formar médicos cirujanos de acuerdo al perfil definido por las necesidades del sistema sanitario, establecidas por el Gobierno de la Ciudad⁵. Está programada para realizarse en cuatro años.

En este sentido, durante la formación en Cirugía General, se incorporan contenidos y habilidades esenciales transferibles a otras especialidades, tales como maniobras básicas, gestos técnicos, manejo pre y postoperatorio, que se naturalizan a partir de la práctica frecuente y que permiten el desarrollo posterior de procedimientos cada vez más complejos. Además, la residencia no sólo permite generar recursos médicos capacitados, sino también elevar la calidad del centro asistencial e incrementar la cantidad de profesionales para aumentar la oferta de atención de calidad a la población.

Por la posibilidad de práctica intensiva, gradual y supervisada, la residencia es la instancia formativa esencial y privilegiada ante otros modos de acceder a la especialidad.

2. FUNDAMENTACIÓN

La Cirugía General es una especialidad que se redefine permanentemente. En virtud de los avances de la ciencia y los contextos de trabajo, se evidencian dos tendencias en la evolución de la especialidad. Por un lado, la medicina tiende a disminuir el tratamiento quirúrgico de las patologías y por otro, el desarrollo tecnológico favorece el surgimiento de nuevas especialidades y subespecialidades en grandes centros urbanos y el afianzamiento de la cirugía general, en zonas periféricas.

Estos cambios demandan una revisión de la formación, a fin de atender no sólo las problemáticas de salud actuales sino también abrir la puerta a la cirugía del futuro. En la actualidad, el cirujano general tiene una mirada integral de todo el proceso quirúrgico porque trabaja con la convicción de que el ser humano debe ser atendido en su complejidad y más allá del acto quirúrgico mismo, atendiendo al proceso de evolución de los pacientes y en relación con el contexto en el que desempeña su tarea.

Existe evidencia médica suficiente que sostiene que la calidad del entrenamiento del cirujano puede afectar la evolución del paciente. En tal sentido, es aconsejable reconsiderar las estrategias pedagógicas en la educación quirúrgica de los cirujanos. Múltiples factores han determinado un cambio de paradigma en este aspecto; pero todos se orientan a la cuestión ética de ofrecerle al paciente el mejor cuidado⁶. La implementación de técnicas educacionales en simulación son una alternativa válida que permiten el entrenamiento de profesionales de la salud; recreando o replicando un escenario clínico del “mundo real” sin ser idéntico a la “vida real”.

La formación de Cirujanos Generales debe incluir una mirada epidemiológica y contextualizada en el marco de las necesidades de Salud Pública. En este sentido resulta pertinente dimensionar problemas de salud estadísticamente relevantes con la intervención del Cirujano General.

Por otra parte, entidades del Estado como el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), promueven que la procuración de órganos sea incorporada, paulatinamente, como una actividad sanitaria más; siguiendo los preceptos de la ley 24.193 y sus modificatorias, que incluyan la asesoría para la donación, la procuración de órganos y la preservación y el acondicionamiento de los mismos para su transporte.

Según datos de este Instituto, que ha superado su récord histórico en donación y trasplantes durante 2012, de los 1460 trasplantes realizados ese año, 953 fueron renales -63 renopancreáticos- sin olvidar los 1014 trasplantes de córneas que se concretaron.

2.1. Consideraciones generales sobre los programas de residencia de GCBA

El sistema de residencias

Las residencias del equipo de salud constituyen un sistema remunerado de capacitación de postgrado a tiempo completo, con actividad programada y supervisada, con el objetivo de formar para el sistema de salud un recurso humano capacitado en beneficio de la comunidad.

Las Residencias se incorporan al Sistema de Atención de la Salud dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y se desarrollan con la activa participación de todos sus integrantes en la programación, ejecución y evaluación de las mismas¹

Las Residencias ajustarán sus programas de acuerdo con las pautas establecidas por la Ley Básica de Salud Nº 153 de la Ciudad de Buenos Aires. Según dicha Ley, la garantía del derecho a la salud integral se sustenta sobre los siguientes principios:

- La concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.
- El desarrollo de una cultura de la salud así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad.
- La participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo.
- La solidaridad social como filosofía rectora de todo el sistema de salud.
- (.....) La organización y desarrollo del área estatal conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel.
- (.....) El acceso de la población a toda la información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual.

El Programa por especialidad

El programa pauta las competencias que serán adquiridas por el Residente a lo largo de su trayecto formativo, reconoce ámbitos y niveles de responsabilidad y define

¹ Ordenanza 40997/85.

el perfil común esperado para todos los residentes de la misma especialidad.

El programa de formación se desarrolla reconociendo al sistema de salud de la Ciudad como una red que aprovecha la magnitud y diversidad de ámbitos y estrategias presentes en sus diversos efectores.

El concepto de “red” relativiza ámbitos como unidades autosuficientes de formación transformándolos en recursos complementarios. Se busca romper con el aislamiento de los servicios y se fortalece la COORDINACIÓN generando INTERRELACIÓN y RECIPROCIDAD, y el reconocimiento de la riqueza de la diversidad para promover la calidad de los programas de formación.

Desde esta perspectiva, cobra especial dimensión el esfuerzo conjunto de articulación y concertación de las actividades de formación entre los responsables de la Residencia de la autoridad de aplicación¹¹; los Coordinadores Generales, los Jefes de Servicios; los Coordinadores Locales de Programa y de Rotaciones, los Jefes y los Instructores de Residentes, para aprovechar las mejores capacidades formativas de cada ámbito.

Por otra parte, el programa constituye un documento esencial para pautar los recursos indispensables para que los servicios reciban residentes y para encuadrar los procesos de acreditación de capacidad formadora.

Al igual que ocurre con la puesta en marcha de cualquier desarrollo curricular, el presente programa deberá estar sujeto a un proceso continuo de seguimiento y evaluación que permita junto a todos los involucrados garantizar su permanente ajuste y actualización.

La educación de posgrado propicia una trayectoria de formación que, entre otros aspectos:

- Garantiza una formación pertinente al nivel y ámbito de la educación superior de posgrado,
- Articula teoría y práctica,
- Integra distintos tipos de formación,
- Estructura y organiza los procesos formativos en clave de desarrollo socio-cultural y de desarrollo vinculado al mundo del trabajo profesional,
- Articula en su propuesta curricular las demandas y necesidades fundamentales para el desarrollo local con las instituciones del sector salud y del sector educación.

2.2. Descripción de la población beneficiaria

En el año 2011 se realizaron en los hospitales del GCBA, un total de 1.329.740 consultas externas de cirugía, distribuidas de la siguiente manera: 872.953 en Hospitales Generales de Agudos (65.6%); 124.969 en Hospitales Generales Pediátricos (9.4%) y 331.818 en Hospitales Especializados (25%). (Fuente: Dirección general de estadísticas y censos del MS-GCBA).

Según indicadores de la Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), del total de defunciones del período 2009-2011, el 19 % corresponde a patologías tumorales; de éstas el 96 % son malignas, identificándose más del 40 % en tumores del aparato respiratorio (especialmente pulmón), del tubo digestivo (especialmente colon), de mama y de próstata. Todas las entidades clínicas mencionadas, tienen la potencialidad de ser pasibles de tratamiento quirúrgico.

Según los mismos indicadores, de los decesos ocurridos en el período 2009-2011, el 6 % se debieron a lo que el sistema denomina “causas externas” (esencialmente trauma), que representa la principal causa de muerte de personas entre 1 y 45 años. Esta patología, esencialmente de manejo quirúrgico, requiere de profesionales entrenados en este campo de la medicina, dada la relevancia epidemiológica que tiene esta patología en nuestra comunidad.

Los datos epidemiológicos mencionados, representan una pequeña muestra sobre las necesidades de la población por profesionales con formación en cirugía, dado que con seguridad, el tratamiento de estos cuadros clínicos necesitará de algún tipo de abordaje quirúrgico para su manejo; ya sea como método paliativo, para corregir una complicación o como tratamiento definitivo.

3. PROPÓSITOS GENERALES

El desarrollo del programa deberá:

- Promover una formación que integre la perspectiva clínica, institucional y comunitaria de las problemáticas de Salud de la población de referencia, del sistema de salud de la ciudad de Buenos Aires.
- Formar profesionales capaces de utilizar adecuadamente los diferentes dispositivos y recursos que el sistema de salud dispone.
- Brindar las mejores oportunidades de aprendizaje que el sistema ofrece en las distintas áreas y niveles.
- Estimular las capacidades docentes de acompañamiento, supervisión y orientación dentro de la Residencia y con otras Residencias.
- Reflexionar acerca del contexto histórico e institucional de las prácticas de salud.
- Fomentar modelos de integración y de trabajo interdisciplinario entre todos los profesionales del equipo de salud.
- Estimular el desarrollo de la investigación y la producción científica.
- Formar profesionales responsables desde el punto de vista científico, ético y social.
- Formar recursos humanos flexibles, con amplitud de criterio, creativos, generadores de espacios de trabajo que permitan el desarrollo y crecimiento de la especialidad.
- Promover la implementación de un sistema de gestión de calidad acorde a las necesidades de su ámbito de desempeño.
- Promover un encuadre general que oriente la formación para que los Residentes adquieran las competencias necesarias para llevar a cabo su tarea como médicos especialistas en Cirugía General.
- Fomentar la docencia e investigación en el contexto de la especialidad y

orientar en el ejercicio de la práctica médica dentro de las normas éticas que la profesión impone.

4. PERFIL DEL MÉDICO CIRUJANO GENERAL. ÁREA DE COMPETENCIA GENERAL

El Cirujano General es el médico especialista en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes afectados por patologías que se resuelven mediante procedimientos quirúrgicos o potencialmente quirúrgicos, tanto electivos como de urgencia sean de origen congénito, inflamatorio, traumático o neoplásico. En los siguientes aparatos, sistemas y áreas anatómicas: digestivo, pared abdominal, endócrino, piel y partes blandas, retroperitoneo. También resuelve las urgencias de las subespecialidades quirúrgicas o especialidades afines (trauma, vascular, tórax, urología, cabeza y cuello, tocoginecología, trasplantología e infantil), para iniciar el tratamiento, estabilizar y/o trasladar al paciente a un centro de mayor complejidad.

La Cirugía General debe ser considerada tanto una especialidad en sí misma como también una plataforma básica para la formación posterior en las distintas disciplinas quirúrgicas o especialidades derivadas. Por lo tanto el cirujano general es el especialista preparado para manejar las patologías quirúrgicas prevalentes de un hospital de mediana y alta complejidad, siguiendo los principios éticos de la práctica, considerando aspectos promocionales y preventivos, aplicando diferentes técnicas aceptadas por la comunidad científica, compartiendo la intervención con el equipo de salud y contemplando los factores de riesgo.

Áreas de competencia y competencias específicas

1. Atender al paciente quirúrgico durante la etapa de diagnóstico clínico-quirúrgico, contemplando los factores de riesgo.
 - 1.1 . Reunir la información respecto del paciente y su patología
 - 1.2 . Realizar el adecuado diagnóstico prequirúrgico para la actuación en cirugías programadas y de urgencias.
 - 1.3 . Definir conductas terapéuticas.
 - 1.4 . Preparar clínicamente al paciente para la cirugía.
 - 1.5 . Comunicar e informar de manera pertinente las decisiones quirúrgicas adoptadas, a través del consentimiento informado.
2. Atender al paciente quirúrgico en el acto operatorio, contemplando los factores de riesgo.
 - 2.1. Planificar el acto quirúrgico.
 - 2.2. Preparar el escenario de la cirugía.
 - 2.3. Realizar el acto quirúrgico.
 - 2.4. Conducir al equipo quirúrgico.
 - 2.5. Informar al paciente y/o a la familia sobre los resultados del acto quirúrgico.

3. Atender al paciente quirúrgico durante la etapa postoperatoria, evaluando su evolución.
 - 3.1. Decidir el nivel de complejidad de la internación del paciente.
 - 3.2. Realizar el control posquirúrgico inmediato y mediato.
 - 3.3. Informar debidamente al paciente y/o familiares acerca de la evolución postoperatoria.
 - 3.4. Determinar el momento y las condiciones del alta de internación.
 - 3.5. Definir tratamientos complementarios.
4. Planificar, implementar y evaluar las herramientas básicas para la gestión de la actividad quirúrgica que desempeña, a fin de optimizar la atención.
 - 4.1. Planificar la agenda de actividades en función de las características de su ámbito de desempeño.
 - 4.2. Elaborar documentos y registros e implementar acciones para la gestión.
 - 4.3. Evaluar el proceso de gestión para mejorar acciones futuras.
5. Participar en actividades científico-académicas y docentes para complementar su formación básica, para contribuir a la producción y difusión de nuevo conocimiento y para formar a pares.
 - 5.1. Analizar críticamente y comunicar los resultados de la práctica profesional.
 - 5.2. Participar en acciones de educación permanente.
 - 5.3. Desarrollar tareas docentes en su ámbito de desempeño.

5. ORGANIZACIÓN GENERAL Y CONDICIONES MÍNIMAS PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA

La Residencia constituye un proceso de formación médica continua que tiene como objetivo formar médicos especialistas en cirugía de acuerdo al perfil definido por las necesidades del sistema sanitario establecidas por el Gobierno de la Ciudad.

En el ámbito del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires la Residencia es de Cirugía General. Está programada para realizarse en cuatro años. En la actualidad existen 13 sedes (Htales. Álvarez, Argerich, Durand, Fernández, Penna, Piñero, Pirovano, Ramos Mejía, Rivadavia, Santojanni, Tornú, Vélez Sarsfield y Zubizarreta) y comenzó su actividad en la década del '60.

Los **requisitos de ingreso** para la residencia son:

- Título de médico
- Tener no más de cinco (5) años de egresado desde la fecha de obtención del título habilitante, hasta la fecha de cierre de la inscripción al concurso.

El ingreso se registrará por la Ordenanza 40.997, sus modificatorias y las disposiciones vigentes.

La duración de la Residencia es de 4 años con dedicación exclusiva. Según la ley N° 4.702, el horario consta de nueve (9) horas diarias a ser cumplidas de 8 a 17 hs. durante cuatro días hábiles.

El régimen de **licencias** ordinarias y extraordinarias se rige por lo establecido en la Ordenanza 40.997 y sus modificaciones.

Condiciones mínimas que debe reunir una sede para recibir residentes.

La sede base deberá contar con:

- Médicos de planta de la especialidad comprometidos con la formación.
- Responsables docentes para la formación de los residentes en la especialidad.
- Instalaciones y equipamiento adecuado a las actividades establecidas en los Programas.
- Acceso a fuentes de información biomédica real y virtual.
- Espacio de reunión grupal del equipo interdisciplinario.

Requisitos para constituir sedes de rotaciones:

Las rotaciones se realizarán siempre de acuerdo a la normativa vigente y en el ámbito público. En el caso en que el sistema público no pueda brindar el ámbito para desarrollar la rotación las mismas podrán ser realizadas en instituciones privadas, nacionales o extranjeras.

La sede deberá contar con los siguientes requisitos:

- Ser una Institución de Salud reconocida por su capacidad de formación y compromiso.
- Cumplir con los objetivos específicos del programa general de la residencia.
- Contar con profesionales docentes de la especialidad en la que rota.
- Los profesionales referentes deberán realizar supervisión y evaluación de los residentes rotantes de acuerdo a instrumentos específicos.

5.1. Funciones docentes y de supervisión para el desarrollo del programa

La Residencia es un sistema de Formación en servicio que cobra sentido cuando se articula una sólida cadena de supervisiones la cual se extiende desde la coordinación general de la Residencia hacia el interior de la misma.

La supervisión es el sistema que integra la evaluación al proceso de capacitación, no se limita a controlar la eficacia de las acciones de los residentes sino que es una instancia más para el aprendizaje. Es deseable que la supervisión se convierta en un medio para la formación que incluya, pero que también supere, el control de la tarea.

La responsabilidad de la formación del residente estará a cargo de:

- a- Coordinación General del programa de residencia
- b- Coordinación Local del programa de residencia
- c- Jefe de residentes y/o Instructor de Residentes

La Autoridad de aplicación designará la **Coordinación General de la Residencia**, según resolución de Coordinadores Generales Nº 987/MSGC/2014. Será la responsable de la planificación, ejecución y evaluación del programa docente de la Residencia. Estará constituida por un profesional o un equipo de profesionales que acrediten formación en el área de desempeño con responsabilidad en la gestión de la Residencia y en el Programa Docente de las Residencias emanado por la Autoridad de aplicación del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Funciones de la Coordinación General de Residencia:

- Elaborar el Programa Docente General de la Residencia y/o Concurrencia.
- Actualizar periódicamente el Programa Docente General de la Residencia y/o Concurrencia.
- Evaluar y monitorear la implementación del Programa Docente General de la Residencia y/o Concurrencia.
- Colaborar en el desarrollo de los procesos formativos y la capacitación en servicio.
- Recabar información sobre las sedes de la Residencia y/o Concurrencia; y el monitoreo de su capacidad formadora.
- Asesorar en la selección de los ámbitos de rotación y el monitoreo de su capacidad formadora.
- Coordinar la organización de la capacitación en red, supervisando la coherencia entre los proyectos locales y el programa central, articulando los proyectos de las distintas sedes y facilitando su intercambio.
- Fomentar el vínculo institucional entre la Residencia y/o Concurrencia, las Direcciones del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, los Programas de Salud y la Dirección de Capacitación y Docencia.
- Propiciar la articulación entre la Dirección de Capacitación y Docencia, Comités de Docencia e Investigación, Jefes de Servicios Hospitalarios, Áreas Programáticas y Centros de Salud,
- Coordinadores de Programas locales, Jefes y/o Instructores de Residentes, Residentes y/o Concurrentes.
- Participar en el proceso de selección para el ingreso a la Residencia y/o Concurrencia acorde a la normativa vigente a través de: elaboración del examen, orientación a aspirantes, toma, resolución de apelaciones y análisis de los resultados del examen.
- Diseñar, gestionar la puesta en marcha y analizar el sistema de evaluación del desempeño de los Residentes y/o Concurrentes. Constituir una instancia de mediación en caso de conflicto entre las partes citadas.
- Favorecer el desarrollo de experiencias de formación entre las diversas Residencias y/o Concurrencias del Sistema de Salud.
- Participar en las actividades formativas o de intercambio y actualización que la Dirección de Capacitación y Docencia organice.
- Tender a la capacitación y actualización periódicas en temáticas inherentes al campo profesional, a la gestión en salud y a la función de coordinación

Funciones de la Coordinación local de Programa o Coordinación de sede:

Estará integrada por un profesional o un equipo de profesionales pertenecientes a la

sede de la Residencia que deberá elaborar estrategias para lograr la articulación de su unidad formativa con el programa docente. Esta actividad se desarrollará conjuntamente con el jefe del servicio y el jefe de residentes. Deberán ser profesionales de la misma disciplina o profesión, con competencia en el área de desempeño de la Residencia, debiendo pertenecer al plantel del GCBA con un cargo no superior al de Jefe de División. Será designado por la Autoridad de aplicación, a propuesta conjunta de la Dirección del Hospital y de la Subcomisión de Residencias. Durará en su cargo 2 años pudiendo renovarse en sus funciones.

Es de esperar que esta figura:

- Colabore en la elaboración del proyecto local siguiendo los lineamientos del programa general.
- Supervise la implementación del proyecto local.
- Organice actividades de capacitación
- Participe en la evaluación de desempeño de los residentes.
- Coordine a través de reuniones periódicas con la residencia, la organización de las actividades docentes, asistenciales y otras de interés para el desarrollo del programa.
- Vincule acciones intra y extra institucionales optimizando la capacitación.
- Mantenga comunicación fluida con la coordinación general de la residencia.

a- Jefe de residentes:

Según la Ley 601/01 G.C.A.B.A., modificatoria de la Ordenanza 40.997:

"El Jefe de Residentes será un profesional contratado anualmente, no renovable, que haya completado la residencia en la especialidad y profesión correspondiente; será propuesto por voto directo de los residentes en cada especialidad o profesión, con la aprobación de la Subcomisión de Residencias y el Comité de Docencia e Investigación. Se elegirá un Jefe de Residentes cada diez (10) residentes o fracción mayor de cuatro (4). Cada residencia tendrá un Jefe de residentes aunque su número sea menor de diez (10). (...) Al final del período recibirá un certificado expedido por la Dirección de Capacitación y refrendado por el Secretario de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires." (Ley 601. Selección)

Son funciones del Jefe de Residentes:

- Asumir la responsabilidad de la conducción del grupo de Residentes
- Actuar de acuerdo con el coordinador de programa y jefes de servicio, en la supervisión y control de las actividades, como asimismo con jefes de residentes de otras especialidades y profesiones.
- Desempeñarse como un referente en lo personal y profesional hacia los residentes.
- Organizar y coordinar las actividades científicas, académicas y asistenciales de la residencia dentro de los programas preestablecidos, supervisando la tarea.
- Insertar en la práctica diaria dichas actividades en consenso con el jefe de Servicio.
- Incentivar la participación de los residentes en las actividades académicas y científicas preestablecidas.
- Promover la inserción de la Residencia en actividades interdisciplinarias.
- Interesarse por las necesidades y sugerencias del grupo de residentes para poder tomar decisiones ecuanímes.
- Evaluar periódicamente a los residentes desde el punto de vista

profesional, personal y ético.

Funciones del Instructor de residentes:

Según la normativa vigente, el Instructor de residentes será un profesional con antecedentes acreditados en la especialidad y profesión y podrá pertenecer a la Carrera Profesional Hospitalaria, siempre que cumpla sus funciones en sábados, domingos y/o feriados. Se lo contratará anualmente pudiendo ser renovable. Cuando no haya postulantes para ser designados Jefes de Residentes, el instructor cumplirá las mismas funciones que éste.

6. ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN

Se entienden por estrategias de capacitación a un conjunto de métodos, procedimientos y actividades que se pueden agrupar porque poseen una característica común en la modalidad de orientación de los aprendizajes. Se pueden distinguir dos grandes grupos:

- Las que toman como punto de partida la información y el conocimiento para luego transferirlos a la práctica.
- Las que parten de la práctica en sí misma para inferir y construir los conceptos y principios que de ella surgen.

Las estrategias de capacitación se adecuan a los siguientes lineamientos y criterios que guían la selección y organización de las actividades de formación de los residentes:

Asegurar una fuerte formación práctica.

El residente tomará contacto con un número suficiente de pacientes y una gama amplia de patologías donde pueda ejercer las habilidades del manejo del paciente en la toma de decisiones.

Promover la participación de profesionales de la planta

El residente realizará actividades que lo interrelacionen con los médicos de planta para lograr el objetivo del aprendizaje supervisado.

Estimular la integración asistencia – docencia – investigación.

La Residencia promoverá las actividades que permitan articular las funciones de asistencia – docencia e investigación.

Integrar la formación teórica con la práctica

Los ateneos y los cursos que se dicten en la Residencia estarán vinculados con la práctica clínica diaria.

Fomentar la interdisciplina

La Residencia promoverá las actividades interresidencias de distintas especialidades y con el equipo de salud del mismo hospital, y de otros hospitales del sistema.

7. ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR AÑO, SEGÚN ÁMBITO DE DESEMPEÑO Y APRENDIZAJE.

La actividad específica se irá escalonando progresivamente desde un grado inicial de complejidad menor, apto para el médico sin experiencia que ingresa a la residencia, hasta tareas complejas y de supervisión realizadas por el residente de último año y los médicos de planta del servicio.

7.1 Organización general de las actividades por áreas de formación

7.1.1 Actividad Asistencial.

Se dedicará a esta actividad el 60 % del tiempo total destinado a la formación e incluye:

- a) **Quirófano:** tareas administrativas, tareas asistenciales, procedimientos técnicos inherentes al acto operatorio, destrezas quirúrgicas y tareas docentes.
- b) **Consultorio externo (CEx):** tareas administrativas, tareas asistenciales, procedimientos técnicos inherentes al paciente ambulatorio, destrezas quirúrgicas y tareas docentes.
- c) **Interconsultas:** el principal objetivo de esta actividad es el aprendizaje de una correcta evaluación, seguimiento y tratamiento de los pacientes internados. Por otra parte esta tarea lleva al residente a formar parte del equipo multidisciplinario que requiera cada caso en particular. Esta actividad también será supervisada por médicos de planta del Servicio mediante la recorrida de sala.
- d) **Guardias:** la realización de guardias tiene como fin el aprendizaje del cuidado de los pacientes internados y la evaluación de pacientes que concurren al Departamento de Urgencias, estableciendo así criterios de alta o internación. En todas las actividades de guardia será guiado y supervisado por el médico de guardia, tendiéndose a formar un equipo con afinidades y objetivos para la correcta asistencia del paciente. El responsable final de las decisiones, tanto de pacientes internados como de aquellos vistos en interconsultas, será el médico de guardia.
- e) **Internación:** toda la actividad vinculada al manejo de los pacientes internados.
 - Los residentes participarán del pase de guardia y las recorridas de sala, conjuntamente con los médicos de planta y el jefe de Servicio. Deberán conocer a todos los pacientes internados, con su problemática y situaciones a resolver, pero estando a cargo del seguimiento longitudinal de aquellos asignados específicamente a cada uno de ellos.
 - El residente confeccionará la historia clínica y las prescripciones a todo paciente que se interne, hará una impresión diagnóstica y un plan de estudios, supervisado por los médicos de planta o guardia.
 - Los residentes cumplirán con una recorrida de sala vespertina donde se rediscutirán los pacientes, se evaluarán los exámenes complementarios y la toma de conducta en cada caso correspondiente; realizándose el aporte bibliográfico efectivo a cada punto en cuestión. Tal actividad deberá ser supervisada por un médico del servicio.
 - Para todas las actividades los residentes contarán con el apoyo de los médicos de planta, para que las decisiones médicas sean tomadas por los médicos

responsables del servicio.

Todas las actividades del residente deberán estar supervisadas por el personal a cargo.

7.1.2 Actividad académica

Se dedicará a esta actividad el 30 % del tiempo total destinado a la formación e incluye:

a) Actividad sistematizada: clases, cursos, conferencias de actualización, ateneos clínicos, anatomopatológicos y ateneos bibliográficos. En este apartado se incluyen el dictado de cursos teóricos para los mismos residentes, a cargo de los residentes de años superiores, la confección de monografías sobre temas de interés científico en la especialidad, y la realización de trabajos de investigación científica para ser presentados en Congresos o afines.

b) Actividad no sistematizada: es complementaria a la actividad asistencial diaria, se revisan y se discuten las bases teóricas del manejo de los pacientes internados entre los médicos de planta y residentes. En este punto, la actividad se transforma en teórico-práctica, dado que dicho conocimiento teórico se concreta inmediatamente en conductas diagnósticas y tratamiento a aplicarse al paciente individual.

Se dará prioridad para asistencia a cursos intra y extrahospitalarios y congresos afines a la especialidad como estrategia de educación permanente, que permita al residente fortalecer sus conocimientos.

7.1.3. Actividad de investigación

Se dedicará a esta actividad el 10 % del tiempo total destinado a la formación que incluye: durante el primer año el residente debe adquirir conocimientos de metodología de investigación y ética en investigación y conocer los procedimientos que se deben seguir para la presentación de un proyecto de investigación a la luz de la normativa vigente. Al final de la residencia debe poder presentar un trabajo científico publicable o proyecto de doctorado.

En todos los casos llegará a los mismos a partir de su aprendizaje acerca de los métodos de investigación y su aplicación en pacientes con distintas patologías de acuerdo a normas de buena práctica clínica bajo la estricta supervisión de instructores de residentes, coordinadores locales de programa y jefes de servicio.

7.1.4. Rotaciones

Se llevarán a cabo rotaciones obligatorias y una rotación optativa. Las primeras son las que deberá completar el residente para obtener su promoción, porque se consideran indispensables para su formación en Cirugía General. Tendrán como finalidad la incorporación de conocimientos, habilidades, destrezas, valores y actitudes en la relación con los profesionales, los pacientes y en las patologías prevalentes de la cirugía. Las rotaciones deben estar en consonancia con los objetivos del programa.

La sectorización del Servicio permite planificar la realización de las rotaciones, adecuándolas en duración y contenidos. Las rotaciones podrán cumplirse en la misma institución o fuera de ella.

La rotación optativa es complementaria de su formación, y deberá profundizar

un área de su interés en Cirugía General. Deberá ser elegida de acuerdo a los lineamientos del Programa y con la aprobación del jefe de residentes, y el coordinador general y/o local del programa. Su realización obedece a una necesidad institucional y/o personal.

En la Disposición N° 8 -DCYD-2003 y en la Disposición 41- DGDOIN - 2015 se especifican los requisitos y las condiciones para la realización de las rotaciones por el exterior.

El residente en las rotaciones realizará una actividad asistencial, teórica y académica; bajo supervisión continua de los respectivos especialistas.

En cada ámbito de formación se asegurará la guía tutorial por profesionales altamente calificados, para fortalecer la integración de la residencia al servicio.

Durante las rotaciones fuera del servicio, el residente deberá realizar un informe parcial mensual describiendo el organigrama de las actividades realizadas, los temas abordados en ateneos, seminarios y los diagnósticos de los pacientes que vieron durante esa rotación. Concluida la rotación, deberá agregarle sus propias conclusiones sobre el lugar elegido y sugerencias para incorporar en nuestra residencia. Cada informe final será distribuido entre los médicos de planta del servicio.

Rotaciones obligatorias: Terapia intensiva, Ginecología, Diagnóstico por Imágenes, Urología, Cirugía mínimamente invasiva, Trauma, Vascular, Cirugía gastroenterológica de alta complejidad y trasplante.

Opcionales: Cirugía infantil, Cirugía Laparoscópica avanzada, Cirugía endoscópica, Patología mamaria, Cirugía biliopancreática y tratamiento percutáneo, Cirugía Reconstructiva.

Rotaciones por año y ámbito de desempeño:

Práctica	Carga Horaria
Primer año	
Terapia intensiva, Diagnóstico por Imágenes	Hasta 3 meses
Segundo año	
Cirugía mínimamente invasiva, Trauma	Hasta 3 meses
Tercer año	
Vascular , Ginecología, Urología, Cirugía Gastroenterológica de alta complejidad (orientada al tubo digestivo distal), Trauma	Hasta 3 meses
Cuarto año	
Cirugía Gastroenterológica de alta complejidad (orientada al tubo digestivo proximal), Trauma, Trasplante. Rotación optativa	Hasta 3 meses

7.1.5. Formación complementaria

Idioma inglés.

Deberá realizar el curso de inglés técnico dictado por la Dirección de Capacitación y Docencia.

Al terminar la Residencia los residentes serán capaces de interpretar un texto referido a temas de la especialidad en idioma inglés.

Informática

Promover la adquisición de herramientas de acceso informático para lograr que, al concluir la Residencia, los residentes sean capaces de utilizar el procesador de textos, base de datos y acceder a bibliografía por este medio.

Investigación

Realización de cursos dictados por la Dirección de capacitación u otros.

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 y las necesidades de formación del cirujano general.

7.2. OBJETIVOS, ACTIVIDADES Y CONTENIDOS POR AÑO Y POR ROTACIÓN
--

OBJETIVOS GENERALES

La presente programación tiene como objetivo que el residente sea capaz de:

- Integrar los conocimientos básicos en una unidad conceptual.
- Conocer y realizar las técnicas específicas
- Conocer e indicar los métodos complementarios de diagnóstico (de laboratorio e imágenes), sabiendo interpretar sus resultados.
- Conocer y realizar procedimientos manuales
- Integrar y sintetizar los conocimientos para la confección de un trabajo personal o grupal.
- Conocer la estructura social de su área programática que pudiera derivar en demanda de atención médica.
- Conocer los lineamientos básicos de la administración y gestión en medicina.

PRIMER AÑO DE LA RESIDENCIA:

Durante el primer año de la Residencia, la formación transcurre esencialmente en la sede, integrándose el residente a las actividades asistenciales y académicas detalladas.

OBJETIVOS:

- Comprender la estructura y funcionamiento de la residencia.
- Confeccionar una historia clínica en forma sistematizada.
- Realizar un adecuado razonamiento diagnóstico.
- Conocer los fundamentos y la implementación de normas de bioseguridad.

- Incorporar información que oriente sobre aspectos legales del desempeño como residentes y del ejercicio médico.
- Conocer los principios éticos que orientan el desempeño profesional.
- Desarrollar las destrezas quirúrgicas de la patología prevalente.
- Realizar el manejo integral del paciente quirúrgico.
- Evaluar el riesgo quirúrgico y los niveles de complejidad
- Conocer la información y el consentimiento informado en cirugía
- Conocer las nociones básicas de gestión

ACTIVIDADES:

- Reunión informativa del reglamento de la residencia y de las actividades que desarrolla.
- Revisión y actualización de la anatomía y de la fisiología.
- Estudio de casos.
- Análisis del modelo de historia clínica con jefes e instructores.
- Atención de pacientes internados y ambulatorios.
- Relevamiento de los recursos diagnósticos del hospital.
- Evaluación ecográfica del paciente con patología quirúrgica
- Pases de sala y ateneos.
- Práctica en consultorios externos, quirófano y salas de imágenes.
- Interconsultas.
- Elaborar documentos y registros e implementar acciones para la gestión.

SEGUNDO AÑO DE LA RESIDENCIA:

OBJETIVOS:

- Realizar el control posquirúrgico inmediato y mediato.
- Adquirir una actitud responsable frente al paciente.
- Informar debidamente al paciente y/o sus familiares acerca de la evolución postoperatoria.
- Definir tratamientos complementarios.
- Iniciar actividades en el plano de la investigación y desarrollo de ensayos clínicos.
- Realizar búsquedas bibliográficas y lectura crítica de material científico.
- Conocer los alcances de la medicina basada en la evidencia para la toma de mejores decisiones en la práctica diaria cuando sea posible.
- Desempeñarse en tareas docentes

ACTIVIDADES:

- Pase diario de los pacientes internados en salas (de clínica médica, terapia intensiva, cardiología, ginecología, obstetricia, cirugía, traumatología)
- Atención de pacientes internados en salas, supervisada por el residente de año avanzado y médico de planta.
- Realización de búsqueda de información y antecedentes de pacientes internados, para presentarlos a médicos de planta y residentes avanzados.
- Presentación de ateneos clínicos y bibliográficos semanales de temas especiales.
- Presentación de casos en jornadas científicas del hospital y en congresos de cirugía general.

- Supervisar a los residentes de años anteriores.

TERCER AÑO DE LA RESIDENCIA:

OBJETIVOS:

- Tomar decisiones en situaciones de riesgo de vida en el paciente internado y ambulatorio.
- Proponer reformulaciones diagnósticas y terapéuticas de los pacientes internados y ambulatorios.
- Elaborar y presentar clases semanales y ateneos
- Realizar la supervisión de los residentes de años anteriores
- Desempeñarse en tareas docentes

ACTIVIDADES:

- Atención de pacientes en consultorio externo, supervisada por el residente superior y médico de planta.
- Participación en las reuniones generales del servicio.
- Participación en la confección de clases y trabajos científicos.
- Supervisar las actividades y la formación del residente de segundo año.

CUARTO AÑO DE LA RESIDENCIA:

OBJETIVOS:

- Interpretar, diagnosticar y resolver las interconsultas recibidas.
- Realizar lectura crítica de material científico y elaboración de trabajos.
- Desempeñarse en tareas docentes

ACTIVIDADES:

- Discusión del diagnóstico, tratamiento y seguimiento con médico de planta y jefe de residentes de los pacientes en el marco de las diferentes actividades asistenciales antes descriptas.
- Discusión del diagnóstico y tratamiento con médico de planta y jefe de residente de las interconsultas recibidas.
- Realización de todas las prácticas aprendidas durante los años anteriores bajo supervisión de médico de planta y jefe de residentes.
- Supervisión de la actividad diaria de la residencia
- Participación en las reuniones generales del Servicio.
- Participación en la confección y en el dictado de clases teórico-prácticas
- Presentaciones de ateneos clínicos.
- Realización de búsqueda bibliográfica y de lectura crítica de material científico.
- Participación con médico de planta y jefe de residentes en desarrollo de los trabajos de investigación.
- Organización, coordinación y supervisión de la presentación de los trabajos científicos que realizan los residentes de años anteriores.
- Supervisar las actividades y la formación del residente de tercer año.

ROTACIONES OBLIGATORIAS

1. ÁREAS CERRADAS: UTI/UCO

OBJETIVOS:

- Revisar aspectos concretos de la práctica clínica (manejo de la vía aérea y de la reanimación cardiovascular).

ACTIVIDADES:

- Conocer las diferentes alternativas para contar con una vía aérea segura y las maniobras adecuadas para la reanimación cardíaca.
- Participar junto a médicos de planta en la atención de los pacientes
- Presentar los temas que le sean solicitados en los talleres, ateneos y revisiones bibliográficas.

2. GINECOLOGÍA

OBJETIVOS:

- Revisar aspectos concretos de la práctica ginecológica; especialmente la patología de urgencia.
- Realizar búsquedas bibliográficas y valoración crítica de la literatura ginecológica acorde a la evidencia médica vigente.

ACTIVIDADES:

- Participar junto a médicos de planta en la atención de los pacientes
- Presentar los temas que le sean solicitados en los talleres, ateneos y revisiones bibliográficas.

3. DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

OBJETIVOS:

- Conocer y aplicar el uso racional de los métodos complementarios de diagnóstico por imágenes, (radiología normal y contrastada, ecografía, tomografía axial computada, entre otros).; en patologías crónicas y agudas.
- Presentar y discutir casos en los que la utilización de métodos complementarios

ACTIVIDADES:

- Participar junto a médicos de planta de la especialidad en la interpretación de los estudios complementarios.

4. UROLOGÍA

OBJETIVOS:

- Revisar aspectos concretos de la práctica urológica; especialmente la patología de urgencia.
- Realizar búsquedas bibliográficas y valoración crítica de la literatura urológica acorde a la evidencia médica vigente.

ACTIVIDADES:

- Participar junto a médicos de planta en la atención de los pacientes
- Presentar los temas que le sean solicitados en los talleres, ateneos y revisiones bibliográficas

5. CIRUGÍA MININVASIVA

OBJETIVOS:

- Revisar los alcances de la cirugía mininvasiva en la práctica quirúrgica actual; tanto para las enfermedades crónicas como agudas.
- Realizar búsquedas bibliográficas y valoración crítica de la literatura médica vigente en este campo de la cirugía.

ACTIVIDADES:

- Participar junto a médicos de planta en la atención de los pacientes capaces de ser manejadas con procedimientos mininvasivos.
- Participar en los talleres organizados por el Servicio.
- Participar de las interconsultas solicitadas por los diferentes servicios.
- Presentar los temas que le sean solicitados en los talleres, ateneos y revisiones bibliográficas.

6. TRAUMA

OBJETIVOS:

- Revisar el significado de la patología traumática en la práctica quirúrgica actual y reconocer su lugar como entidad clínica de alta complejidad entre las enfermedades quirúrgicas agudas.
- Conocer pautas de manejo definitivo en pacientes traumatizados.
- Realizar búsquedas bibliográficas y valoración crítica de la literatura médica vigente en este campo de la cirugía.

ACTIVIDADES:

- Participar junto a médicos de planta en la atención de los pacientes traumatizados.
- Implementar pautas de manejo inicial en este tipo de enfermos.
- Participar en los talleres organizados por el Servicio.
- Participar de las interconsultas solicitadas por los diferentes servicios.
- Presentar los temas que le sean solicitados en los talleres, ateneos y revisiones bibliográficas.

7. VASCULAR

OBJETIVOS:

- Revisar los alcances de la cirugía vascular en la práctica quirúrgica actual; tanto para las enfermedades crónicas como agudas.
- Realizar búsquedas bibliográficas y valoración crítica de la literatura médica vigente en este campo de la cirugía.

ACTIVIDADES:

- Participar junto a médicos de planta en la atención de los pacientes con patología vascular.

- Participar en los talleres organizados por el Servicio.
- Participar de las interconsultas solicitadas por los diferentes servicios.
- Presentar los temas que le sean solicitados en los talleres, ateneos y revisiones bibliográficas.

8. CIRUGÍA GASTROENTEROLÓGICA DE ALTA COMPLEJIDAD

OBJETIVOS:

- Revisar el significado de la patología gastroenterológica de alta complejidad en la práctica quirúrgica actual y reconocer su lugar como entidad clínica de alta complejidad entre las enfermedades quirúrgicas crónicas.
- Realizar búsquedas bibliográficas y valoración crítica de la literatura médica vigente en este campo de la cirugía.

ACTIVIDADES:

- Participar junto a médicos de planta en la atención de los pacientes con patología gastroenterológica de alta complejidad.
- Participar en los talleres organizados por el Servicio.
- Participar de las interconsultas solicitadas por los diferentes servicios.
- Presentar los temas que le sean solicitados en los talleres, ateneos y revisiones bibliográficas.

9. TRASPLANTE

OBJETIVOS:

- Revisar el significado de la trasplantología en la práctica quirúrgica actual y reconocer su lugar como especialidad de alta complejidad entre las prácticas quirúrgicas.
- Realizar búsquedas bibliográficas y valoración crítica de la literatura médica vigente en este campo de la cirugía.

ACTIVIDADES:

- Participar junto a médicos de planta en la atención de los pacientes candidatos a trasplante (especialmente trasplante renal).
- Participar en los talleres organizados por el Servicio.
- Participar de las interconsultas solicitadas por los diferentes servicios.
- Presentar los temas que le sean solicitados en los talleres, ateneos y revisiones bibliográficas.

CONTENIDOS GENERALES

- Manejo no operatorio del paciente quirúrgico
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de las afecciones de órganos, aparatos y sistemas que son competencia de la cirugía general; tanto para la patología crónica como aguda.
- Nociones básicas de gestión en cirugía

CONTENIDOS ESPECIFICOS POR TEMAS Y AÑO

PRIMER AÑO DE LA RESIDENCIA

1. Manejo no operatorio del paciente quirúrgico

Encuadre de la práctica profesional en el marco de derechos y de la bioética. Responsabilidad pública del ejercicio de la profesión.

Manejo integral del paciente quirúrgico: prevención y tratamiento de infecciones, homeostasis y medio interno, hemostasis, tratamiento del dolor, nutrición en cirugía.

Situaciones especiales: embarazo, paciente crítico, paciente añoso, paciente oncológico, paciente inmunodeprimido. Comorbilidades. Reposo, autonomía, cuidado y confort en el paciente quirúrgico.

Evaluación de riesgo quirúrgico. Niveles de complejidad. Comunicación con el paciente y su familia. Información y consentimiento informado en cirugía. Historia clínica en el paciente quirúrgico o potencialmente quirúrgico. Otros procedimientos no quirúrgicos. Traslados. Interconsultas.

Urgencias

Clínica quirúrgica: Abdomen agudo como cuadro sindromático. Manejo inicial del paciente traumatizado. Categorización en trauma: TSR, ISS, (APPACHE). Ultrasonografía aplicada al paciente con patología quirúrgica aguda. **Técnicas:** evaluación ecográfica del paciente con patología no traumática y traumática.

2. Nociones básicas de gestión en cirugía

Escenario de la cirugía: El quirófano y su organización, check-list quirúrgico. Planificación. Manejo de agenda. Evaluación. El error en cirugía. Equipo quirúrgico: especificidades del trabajo en equipo, conducción de equipo quirúrgico. Registros en cirugía: partes quirúrgicos e historia clínica quirúrgica, epicrisis, referencia y contrarreferencia. Otros registros relacionados con el paciente y con la gestión de quirófano.

Marco normativo vigente - derechos

Convenciones internacionales y nacionales. Marco normativo vigente, nacional y jurisdiccional relacionado con la salud. Actores y Organismos Nacionales e Internacionales.

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

Marco normativo vigente, nacional y jurisdiccional sobre: ejercicio profesional, derechos del paciente y del trabajo.

El paciente y su familia como sujetos de derecho y con autonomía para la toma de decisiones en los procesos de atención-cuidado.

Afecciones de la piel y partes blandas

Anatomía y fisiología quirúrgicas de los tegumentos.

Clínica quirúrgica:

Lesiones benignas de piel. Lipomas y quistes sebáceos. Carcinoma basocelular y espinocelular de piel. Melanoma. Heridas. Seguimiento y cuidados. Cicatrización hipertrófica y queloides. Quemaduras. Úlceras. Picaduras y mordeduras. Granuloma por cuerpo extraño. Infecciones de partes blandas localizadas o extendidas. Sustancias antisépticas.

Técnicas: Biopsia incisional y escisional. Exéresis de lipomas y quistes sebáceos. Técnicas atraumáticas de reconstrucción cutánea Sutura subdérmica, intradérmica, cutánea Escarotomía y escarectomía. Drenajes de abscesos. Resección ampliada con injertos y colgajos.

Urgencias

Clínica quirúrgica: heridas. Seguimiento y cuidados. Quemaduras y úlceras.

Picaduras y mordeduras. Cuerpos extraños en tegumentos. Infecciones de partes blandas. Sustancias antisépticas.

Técnicas: sutura subdérmica, intradérmica, cutánea Escarotomía y escarectomía. Curaciones, vendajes y drenajes.

3. Afecciones de las paredes abdominales I.

Anatomía y fisiología quirúrgica de la región inguinocrural y umbilical. Anatomía de la pared abdominal en general.

Clínica quirúrgica: procesos inflamatorios y/o infecciosos Abscesos. Celulitis. Defectos parietales: hernias.

Técnicas: Drenaje de abscesos. Plásticas parietales.

Urgencias

Clínica quirúrgica: Hernias complicadas: atascadas y estranguladas.

Diagnóstico. Imágenes.

Técnicas: Plásticas parietales.

4.Prevencción, diagnóstico y tratamiento de las afecciones del tórax

Anatomía y fisiología quirúrgicas del continente y contenido torácico.

Clínica quirúrgica

Vía aérea. Patología del espacio pleural. Derrame pleural, neumotórax y hemotórax. Diagnóstico clínico y por imágenes. Conceptos de manejo de drenajes pleurales. Aspiración continua.

Técnicas

Intubación OT y NT. Drenajes pleurales por disección y por punción. Bloqueo anestésico de los nervios intercostales. Toracocentesis. Nociones básicas de ecografía torácica.

5.Prevencción, diagnóstico y tratamiento de las afecciones del sistema vascular

Anatomía, fisiología y fisiopatología de los miembros inferiores.

Sistema venoso

Clínica quirúrgica: Insuficiencia venosa. Aguda y crónica. Trombosis venosa profunda. Trauma vascular.

Técnicas: Accesos vasculares por punción y disección, centrales y periféricos. Obtención de venas para puentes. Safenectomía.

6. Prevencción, diagnóstico y tratamiento de las afecciones del peritoneo

Clínica quirúrgica: peritonitis primaria, secundaria y terciaria. Peritonitis plástica. Tuberculosis peritoneal. Peritonitis en diálisis peritoneal. Abscesos intraperitoneales. Quistes y tumores peritoneales. Carcinomatosis. Ascitis.

Técnicas: Abdominocentesis. Culdocentesis. Lavado diagnóstico. Laparotomía y laparoscopia exploradora.

Urgencias

Clínica quirúrgica: Líquido libre. Hemoperitoneo.Causas traumáticas y no traumáticas.

Diagnóstico clínico y por imágenes. FAST.

Técnicas: Lavado peritoneal diagnóstico. Laparotomía y laparoscopia exploradoras. Apendicectomía. Plastrón apendicular.

SEGUNDO AÑO DE LA RESIDENCIA

Afecciones de las paredes abdominales II

Anatomía y fisiología quirúrgica de las paredes del abdomen.

Clínica quirúrgica: hernias recidivadas, eventraciones y manejo del abdomen abierto. Tumores. Traumatismos

Técnicas: plásticas parietales para recidivas herniarias y eventraciones; con y sin prótesis.

Técnicas de separación de componentes (descargas, plásticas anatómicas, etc.)*

Resección de tumores de pared. Abdominoplastias* Colgajos*

Urgencias

Clínica quirúrgica: control de daños. Concepto. Paciente con estado hemodinámico anormal. Causas traumáticas y no traumáticas. Síndrome de hipertensión abdominal

Técnicas: abdomen abierto y contenido. Sistemas de vacío. Plásticas abdominales.

Enfermedades del tubo digestivo y sus glándulas anexas I

Anatomía y fisiología quirúrgica de las paredes del colon, recto y ano.

Clínica quirúrgica: patología anal y perianal Hemorroides. Fisura anal. Absceso y fístula anal. Condilomas. Seno pilonidal. Traumatismos anorrectales. Incontinencia. Celulitis perineal.

Técnicas: hemorroidectomía y ligadura hemorroidal con banda Resecciones de quiste pilonidal. Esfinterotomía anal interna. Drenaje de absceso perianal. Fistulotomía y fistulectomía perianal Debridamiento perineal. Anoplastias* Reconstrucción del esfínter y perineales* Apendicitis aguda. Plastrón apendicular.

Urgencias

Clínica quirúrgica: paciente con proctorragia.

Causas. Fluxión hemorroidal. Infecciones del periné. Traumatismos anorrectales.

Técnicas: Drenaje de absceso perianal.

Enfermedades del tubo digestivo y sus glándulas anexas II

Anatomía y fisiología quirúrgica de la vía biliar.

Clínica quirúrgica: vía biliar Litiasis vesicular y de la vía biliar. Síndromes de colestasis. Colecistitis y colangitis.

Técnicas: vía biliar Colecistostomía: percutánea y convencional. Colectomía Exploración de la vía biliar. Drenaje de la vía biliar.

Urgencias

Clínica quirúrgica: colecistitis y colangitis

Técnicas: colecistostomía: percutánea y convencional. Colectomía. Laparoscópica y abierta. Drenajes biliares.

Afecciones de la cabeza y el cuello

Anatomía y fisiología quirúrgica de la cabeza y el cuello.

Clínica quirúrgica: manejo de la vía aérea superior. Planificación de incisiones cervicales. Líneas de tensión. Quiste tirogloso.

Tumores laterales de cuello. Abscesos cervicales.

Técnicas: cricotiroidectomía. Traqueostomía quirúrgica y percutánea. Cierre plástico

de heridas. Resección de quiste tirogloso. Biopsia incisional y escisional de ganglios cervicales. Resección de quiste branquial Drenaje de abscesos cervicales.

Urgencias

Clínica quirúrgica: Infecciones del macizo maxilofacial. Cuerpos extraños en la vía aérea. Traumatismos maxilofaciales y cervicales: manejo

Técnicas: drenaje de abscesos cervicales. Cricotiroidectomía. Traqueostomía quirúrgica y percutánea.

Afecciones del sistema urinario

Anatomía y fisiología quirúrgica del retroperitoneo y vías urinarias y del periné.

Clínica quirúrgica: escroto agudo. Torsión testicular. Hidrocele. Retención urinaria.

Técnicas: cateterismo vesical. Cistorrafias. Ostomías Vasectomía. Orquiectomía

Urgencias

Clínica quirúrgica: escroto agudo. Torsión testicular. Retención urinaria. Hematuria.

Traumatismos genitourinarios: manejo

Técnicas: cateterismo vesical: transuretral y suprapúbico. Cistorrafias. Ostomías Vasectomía. Orquiectomía.

Afecciones del aparato genital femenino

Anatomía y fisiología quirúrgica del aparato genital femenino.

Clínica quirúrgica: embarazo normal y patológico. (ectópico). Quiste de ovario complicado. Enfermedad inflamatoria pelviana. Perforación uterina. Rotura uterina. Procesos infecciosos uterinos. Traumatismos perineales

Técnicas: parto normal. Cesárea. Salpingostomía y salpinguectomía. Quistectomía. Ooforectomía. Anexectomía Histerectomía total y subtotal* Anexohisterectomía con linfadenectomía*

Urgencias

Clínica quirúrgica: embarazo ectópico. Quiste de ovario complicado. Enfermedad inflamatoria pelviana. Perforación uterina. Rotura uterina. Procesos infecciosos uterinos. Traumatismos perineales: manejo. **Técnicas:** cesárea. Quistectomía. Ooforectomía. Anexectomía. Histerectomía total y subtotal.

TERCER AÑO DE LA RESIDENCIA

Enfermedades del tubo digestivo y sus glándulas anexas III

Clínica quirúrgica: colon, recto y ano Enfermedad diverticular. Enfermedad inflamatoria. Colitis. Obstrucción colónica. Pseudoobstrucción intestinal. Hemorragia digestiva de origen colorrectal. Vólvulos de colon. Pólipos colorrectales. Síndromes de poliposis familiar. Traumatismos colónicos. Cáncer colorrectal. Prolapso rectal. Constipación. Megacolon.

Técnicas: anoscopia. Rectosigmoideoscopia Colonoscopia* Apendicectomía (convencional, laparoscópica) Colostomías Cecostomía. Colectomías total y segmentarias Resección alta de recto. Colorrafia Reconstrucciones del tránsito intestinal Resecciones transanales* Amputación abdominoperineal* Descensos colónicos* Cirugía del prolapso rectal* Resecciones bajas del recto*

Urgencias

Clínica quirúrgica: paciente con proctorragia. Causas. Íleo. Causas. Traumatismos colónicos: manejo

Técnicas: colostomías. Colectomías totales y segmentarias. Reconstrucciones del tránsito intestinal. Sutura primaria de colon.

Enfermedades del tubo digestivo y sus glándulas anexas IV

Clínica quirúrgica; hígado y vía biliar

Quistes del colédoco. Tumores de la vía biliar. Estenosis benigna. Fístulas biliares. Lesiones quirúrgicas de vía biliar. Tumores hepáticos, benignos y malignos.

Páncreas Malformaciones congénitas. Pancreatitis aguda y sus complicaciones. Pancreatitis crónica. Tumores de páncreas y periampulares. Insuficiencia pancreática.

Bazo Hemopatías con compromiso esplénico. Tumores esplénicos. Abscesos esplénicos.

Técnicas: Vía biliar

Exploración y drenaje de la vía biliar. Anastomosis bilio- digestivas esenciales: Colédocoduodeno y hepaticoyeyunoanastomosis. Papiloesfinteroplastia. Anastomosis biliodigestivas complejas* Resecciones de la vía biliar*.

Hepatectomías regladas y no regladas*.

Páncreas Drenaje de abscesos pancreáticos (percutáneo, convencional) Necrosectomía pancreática. Pancreatectomía distal. Anastomosis cistodigestivas Anastomosis pancreato-digestivas* Pancreatectomía total* Ampulectomía* Duodenopancreatectomía.*

Bazo Drenaje esplénico percutáneo. Esplenorrafias. Esplenectomía. Esplenectomías parciales*

Urgencias

Clínica quirúrgica: Traumatismos hepatobiliares: manejo Traumatismos pancreáticos: manejo. Traumatismos esplénicos: manejo

Técnicas: sutura del hígado. Maniobra de Pringle.Packing. Drenajes. Esplenorrafias. Esplenectomía.

Enfermedades del tubo digestivo y sus glándulas anexas

Clínica quirúrgica: Estómago y duodeno Enfermedad úlcero-péptica. Úlcera perforada en pacientes críticos. Vólvulos gástricos. Hemorragia digestiva alta. Bezoares. Cáncer gástrico. Tumores estomales gastrointestinales. Linfomas. Fístulas duodenales Cirugía bariátrica. Síndrome postgastrectomía.

Técnicas: Estómago y duodeno Gastrostomía (quirúrgica, endoscópica, percutánea) Gastrorrafia. Vaguetomía. Píloroplastia. Gastroenteroanastomosis Exclusión duodenal Gastrectomía subtotal Gastrectomía total* Gastrectomías atípicas*

Urgencias

Clínica quirúrgica: Hematemesis. Causas.Úlcera perforada.Traumatismos gastroduodenales: manejo. **Técnicas:** Hemostasia directa de úlcera sangrante. Gastrostomía (quirúrgica y percutánea). Gastrectomías. Gastroenteroanastomosis. Cierre pilórico.

Clínica quirúrgica: Intestino delgado Enfermedad inflamatoria intestinal. Hemorragia digestiva de origen en intestino delgado. Tumores del intestino delgado. Divertículos del intestino delgado. Fístulas intestinales. Insuficiencias del intestino delgado. Nociones de trasplante de intestino. **Técnicas Intestino delgado** Enterotomía.Enterectomía. Yeyunostomía. Ileostomía Enterorrafia. Enterolisis. Devolvulación intestinal. Anastomosis enteroentérica.

Urgencias

Clínica quirúrgica: Obstrucción intestinal. Isquemia intestinal.Traumatismos del intestino delgado: manejo. **Técnicas:** Enterotomía. Enterectomía. Yeyunostomía. Ileostomía. Enterorrafia. Enterolisis. Anastomosis enteroentérica. Sistemas de vacío

Afecciones de la cabeza y el cuello II

Anatomía y fisiología quirúrgica de los órganos de la cabeza y región cervical

Clínica quirúrgica: nódulo tiroideo. Cáncer de tiroides. Sialoadenitis submaxilar. Tumores de las glándulas salivales. Tumores laterales de cuello. Abscesos cervicales. Cáncer de la vía aero-digestiva superior. Hiperparatiroidismo primario y secundario.

Técnicas: lobectomía tiroidea y tiroidectomía total. Parotidectomía y submaxilectomía*. Biopsia incisional y escisional de ganglios cervicales. Resección de quiste branquial. Drenaje de abscesos cervicales. Vaciamientos de cuello*. Plásticas de reconstrucción.* Paratiroidectomía subtotal o total.*

Afecciones del tórax

Clínica quirúrgica: dolor en cirugía torácica. Empiema pleural. Hernias diafragmáticas. Derrame pericárdico. Estenosis traqueal. Obstrucción y traumatismo de tráquea. Tumores pulmonares, del mediastino y de la pleura. Quiste hidatídico pulmonar. Patología de la pared torácica. Traumatismo Torácico.

Técnicas: bloqueo anestésico de los nervios intercostales. Drenajes pleurales por disección, por punción. Pleurodesis. Videotoracoscopia. Toracotomías y esternotomías. Decorticación y toilette pleural*. Avenamiento pericárdico subxifoideo.

Urgencias

Clínica quirúrgica: traumatismo de tórax: manejo

Traumatismo cardíaco: manejo

Técnicas: drenajes pleurales por disección, por punción. Toracotomías y esternotomías. Suturas pulmonares y bronquiales. Packing. Tractotomía. Pericardiocentesis. Ventanas pericardioperitoneal y pericardiopleural*. Suturas cardíacas.

Afecciones del sistema vascular

Sistema arterial

Clínica quirúrgica Manejo clínico del paciente, anticoagulado. Indicaciones y localizaciones de accesos vasculares y fístulas arteriovenosas. Insuficiencia venosa. Aguda y crónica. Trombosis venosa profunda.

Técnicas Vías de abordaje y técnicas de clampeo de grandes vasos Anastomosis y suturas vasculares Parches y puentes. Venosos y protésicos* Accesos vasculares por punción y disección, centrales y periféricos. Obtención de venas para puentes. Safenectomía.

Urgencias

Clínica quirúrgica Aneurisma de aorta. Complicado y no complicado. Obstrucción arterial aguda. Trauma vascular: manejo

Técnicas Sutura vascular. Interposición venosa y con prótesis. Shunts.

CUARTO AÑO DE LA RESIDENCIA:

Enfermedades del tubo digestivo y sus glándulas anexas V

Clínica quirúrgica:

Esófago Métodos de estudio de la función esofágica. Reflujo gastroesofágico. Hernias hiatales. Esofagitis. Esófago de Barrett. Lesión por agentes químicos. Patología por cuerpo extraño Acalasia. Otros trastornos de la motilidad. Divertículos esofágicos. Perforación esofágica. Fístula traqueoesofágica. Patología tumoral:

Tumores benignos. Cáncer de esófago. Cáncer de cardias. Síndrome de Mallory-Weiss.

Corazón. **Técnicas Esófago** Endoscopia digestiva alta* Esofagostomía cervical Esofagorrafia con y sin parche biológico Abordaje del esófago mediastinal. Drenaje de mediastinitis Cirugía antirreflujo* Esofagectomía con y sin toracotomía*

Urgencias

Clínica quirúrgica Trauma de mediastino: manejo. **Técnicas** Abordajes quirúrgicos a los diferentes sectores esofágicos. Ventana pericárdica. Abordajes cardíacos. Sutura cardíaca.

Afecciones del retroperitoneo y sistema urinario

Clínica quirúrgica: Hematomas retroperitoneales. Retroperitonitis. Perinefritis. Abscesos retroperitoneales. Obstrucción de vía urinaria excretora. Tumores del retroperitoneo. Tumores suprarrenales. Traumatismos renales y de la vía urinaria. **Técnicas** Drenaje de retroperitonitis Drenaje de colecciones retroperitoneales (percutáneo y otros) Nefrectomía de urgencia, parciales y totales Ostomías del aparato urinario Reparaciones de la vía urinaria en urgencias Suprarrenalectomía* Resección de tumores*

Urgencias

Clínica quirúrgica Trauma del retroperitoneo y sus órganos: manejo. Diagnóstico por imágenes: ecografía y tomografía. Trauma pelviano: manejo. **Técnicas** Abordajes quirúrgicos a las diferentes estructuras retroperitoneales. Nefrectomías: totales y parciales*. Sutura y drenaje ureterales. Sutura y drenaje vesicales. Sutura de VCI y aorta.

Packing preperitoneal e intraperitoneal.

Prevención, diagnóstico y tratamiento del paciente traumatizado

Clínica quirúrgica Eventos con víctimas múltiples: nociones de manejo. Planificación hospitalaria frente a desastres y catástrofes. Casos especiales de traumatismos: niños, embarazadas y ancianos. Quemaduras eléctricas y por agentes químicos. **Técnicas** Atención integrada del paciente traumatizado. Cuidados definitivos en trauma.

Nociones básicas de trasplantes

Clínica quirúrgica: Ley 24193 y modificatorias. Equipos de procuración. Técnicas de procuración y trasplante. Diagnóstico de muerte. Inmunosupresión. Trasplante renal, hepático, intestinal, renopancreático, cardíaco y pulmonar. **Técnicas** Ablación de órganos. Procuración renal. Procuración de córnea.

8. SISTEMA DE EVALUACIÓN

La evaluación es un proceso de retroalimentación para un sistema de formación y capacitación en servicio. El sentido primordial es el de permitir su mejora continua.

Evaluación del Programa

El Programa de la Residencia es un documento que debe guiar las instancias formativas, es por ello que debe estar sujeto a un proceso continuo de seguimiento y evaluación que garantice su constante actualización. Por tal motivo, la Coordinación

General de la Residencia de Cirugía general, basada en los objetivos determinados por la Dirección de Capacitación y Docencia, ha planificado estratégicamente su trabajo para evaluar y actualizar el Programa de Formación de Residentes a través de diferentes metodologías y herramientas.

Evaluación del desempeño del residente

Evaluar el desempeño es evaluar integralmente la habilidad de un sujeto para realizar una práctica profesional. Esto incluye los modos de organización, retención y uso de los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes necesarias para esa práctica. Esta modalidad de evaluación se basa en la observación de la práctica profesional directa o a través de distintos indicadores.

El proceso de evaluación deben llevarlo a cabo al menos dos evaluadores, siendo imprescindible que al menos uno de ellos haya sido su capacitador directo en el área correspondiente, participando activamente de este proceso el Jefe de Residentes y el Coordinador Local del Programa de Residencia en la sede de origen.

Con respecto a la frecuencia, tanto en las rotaciones anuales como en las de menor duración, deberá asegurarse una instancia de evaluación formativa o de proceso al promediar la rotación y otra sumativa o de producto al finalizarla.

En todas las instancias de evaluación, se realizará una entrevista de devolución de resultados y sugerencias al Residente, oportunidad en la que el mismo firmará la aceptación y conocimiento de su evaluación.

La promoción anual del residente se realizará según la evaluación global del desempeño donde se considerarán las planillas de evaluación realizadas en los distintos ámbitos, que evalúan los comportamientos esperados en los mismos y que forman parte de las competencias profesionales que los residentes deberán adquirir. El Residente promocionará con valoración Satisfactoria o Altamente Satisfactoria.

Evaluación de las Rotaciones

Los profesionales responsables de la formación en cada rotación deberán conocer el programa docente con los objetivos de aprendizaje inherentes a la misma, y el instrumento con que se evaluará esa experiencia de formación, que será entregado al Secretario del CODEI debidamente cumplimentado.

De acuerdo a la Disposición-2015-41-DGDOIN sobre las rotaciones en el extranjero, se especifica que finalizada la misma, en un plazo no mayor de dos meses, el rotante deberá entregar, además de la certificación de la rotación por autoridad competente del lugar donde efectuó la misma, un informe final pormenorizado firmado por él y por el Coordinador del programa local, en el que conste si se cumplieron los objetivos, la descripción de lo realizado y en caso de nuevos procedimientos o técnicas utilizadas, deberá adjuntar el protocolo correspondiente, con las referencias bibliográficas y conclusiones, con el fin de poder transferir la experiencia adquirida.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires. Dirección general de estadísticas y censos. Ministerio Salud. GCBA. 2012. Disponible en: http://www.estadistica.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/anuario_estadistico_2012.pdf
2. Disposición N° 8 -DCYD-03 (MS-GCBA). Rotaciones en el exterior. Argentina, Buenos Aires. 2003. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165
3. Disposición N° 41- DGDOIN – 2015 (MS-GCBA). Rotaciones en el exterior. Argentina, Buenos Aires. 2015. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165
4. Guías para la elaboración de programas docentes de las residencias. Dirección de Capacitación Profesional y Técnica e Investigación. 2012. (Disposición 176/DGDOIN/14-Anexo). Disponible en <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/res/prog/pautasprogramas.pdf>
5. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR et al.: A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population N Engl J Med 2009; 360 (5): 491 – 499.
6. Indicadores básico 2009-2011. Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/indicadores.htm>
7. Ley N° 153/99. Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Argentina, Buenos Aires. Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires. 28-05-99. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165
8. Ley N° 3294. Ley de Trasplante de la Ciudad de Buenos Aires. Creación del Ente Autárquico Instituto de Trasplante. Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires. Argentina, Buenos Aires. Noviembre 2009. Disponible en: <http://sintra.incucai.gov.ar/>
9. Ley de Trasplante de Órganos N° 21.541. Congreso de la Nación Argentina. Argentina, Buenos Aires. Marzo 1977. Disponible en: <http://sintra.incucai.gov.ar/>
10. Ley de Trasplante de Órganos y Tejidos N° 24.193. Congreso de la Nación Argentina. Argentina, Buenos Aires. Marzo 1993. Texto actualizado por ley N° 26.066. Argentina, Buenos Aires. Noviembre 2005. Disponible en: <http://sintra.incucai.gov.ar/>

11. Ley Nº 4.702. Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires. Argentina, Buenos Aires. 2013. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165
12. Marco de referencia para la formación en Residencias Médicas. Especialidad: Cirugía General. Dirección Nacional de capital Humano y Salud Ocupacional. Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización. Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. MINISTERIO DE SALUD (M.S.). Junio 2013. Disponible en <http://www.msal.gov.ar>
13. Montbrun SL, Mac Rae H: Simulation in Surgical Education Clin Colon Rectal Surg 2012; 25: 156 – 165.
14. Ordenanza Nº 40.997/85 (G. C. B. A.): Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud y sus modificatorias. 1985. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165
15. Resolución 1342/2007. Criterios y estándares básicos de las residencias del Equipo de Salud. COFESA 2007. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar>
16. Sodergren MH, Darzi A: Surgical innovation and the introduction of new technologies Br J Surg 2013; 100: 12-13.
17. Singh P, Darzi A: Surgical training Br J Surg 2013;100: 307-309.
18. Schijvarger R: Enseñanza de la cirugía en el post grado. Relato oficial. 75º Congreso Argentino de Cirugía Rev Arg de Cirugía 2004.
19. World Alliance for Patient Safety. WHO guidelines for safe surgery. World Health Organization. 2008

10. APENDICE I

GUÍA PARA UNA CIRUGÍA SEGURA (resumen y traducción del original)

Tareas del Residente en el quirófano

Administrativas y asistenciales

En este sentido, la aplicación por parte del equipo quirúrgico de alguna metodología que brinde información fehaciente relacionada con el paciente y la cirugía a desarrollarse, aumentará las condiciones de seguridad del procedimiento quirúrgico, con beneficios tanto para el enfermo como para los profesionales actuantes. Existen múltiples formas para llevar adelante esta tarea. A manera de ejemplo se cita la “Guía para una cirugía segura” de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Procedimientos técnicos inherentes al acto operatorio

- Seleccionar con el personal de quirófano el instrumental quirúrgico adecuado.
- Verificar la temperatura, iluminación del ambiente y la camilla operatoria.
- Verificar la colocación apropiada de los elementos del electrocauterio en el cuerpo del paciente.
- Asegurar la disponibilidad de aparatos de diagnóstico por imágenes con posibilidad de ser usados durante la cirugía.

Destrezas quirúrgicas

- Conocimiento y aplicación de la/s técnica/s quirúrgica/s a utilizar en cada caso.

Tareas docentes

- Reconocer reparos anatómicos propios de cada acto quirúrgico incorporando y compartiendo la información con los presentes en la sala de operaciones (residentes, becarios, pasantes, alumnos, etc.).
- Implementar y mostrar los pasos y gestos de la técnica quirúrgica con los presentes en la sala de operaciones (residentes, becarios, pasantes, alumnos, etc.).

Todas las actividades del residente deberán estar supervisadas por el personal a cargo.

I) Antes de la anestesia

- Verificar la identidad del paciente, del sitio operatorio y el consentimiento informado.
- Verificar si el sitio operatorio está marcado o el procedimiento no lo necesita.
- Verificar si el paciente tiene colocado el oxímetro de pulso y si el mismo funciona.
- Verificar si el equipo quirúrgico está en conocimiento de las alergias del paciente.
- Verificar si fueron evaluados la vía aérea y los riesgos de aspiración en el paciente a operar y si se dispone del equipamiento y asistencia adecuados frente a esa eventualidad.
- Verificar la disponibilidad de accesos vasculares del paciente para la administración de líquidos de existir el riesgo de pérdidas sanguíneas mayores a 500 ml en los adultos o 7 ml/kg de peso en niños.
- Controlar la indicación de medidas de protección para el acto operatorio cuando corresponda (por ejemplo, vendaje de miembros inferiores).
- Confirmar que todos los integrantes del equipo quirúrgico hayan sido presentados al paciente, por su nombre y rol.

II) Antes de la incisión

- Confirmar que la medicación pre operatoria haya sido indicada (vacunación antitetánica, profilaxis antibiótica con una hora de antelación a la cirugía o que la misma no sea necesaria, medicación en diabéticos y pacientes anticoagulados con sus correspondientes correcciones y ajustes de dosis, etc.).
- Confirmar que todos los estudios por imágenes del paciente, estén disponibles en la sala de operaciones.

III) Antes que el paciente abandone la sala de operaciones

- Supervisar el conteo de gasas y control de instrumental quirúrgico por parte del personal de enfermería.
- Registrar el procedimiento quirúrgico realizado.
- Registrar las muestras obtenidas del paciente (si corresponde), rotulándolas con los datos del enfermo.
- Registrar desperfectos (si los hubiera) del equipamiento de quirófano.
- Dejar constancia de la recuperación del paciente.
- Permanecer en quirófano hasta la recuperación del paciente y acompañarlo hasta el lugar donde continuará su evolución y donde delegar el seguimiento con personal del equipo de salud.
- Comunicar los hallazgos y procedimientos realizados a familiares, allegados y personal del equipo de salud.

Tareas del Residente en consultorios externos

Administrativas y asistenciales

- Confeccionar la HCl de CEx. del paciente, incluyendo los datos significativos de la anamnesis, examen físico, estudios complementarios e internaciones previas, si corresponde.
- Preparar al paciente para el acto quirúrgico según las sugerencias aquí planteadas y adecuadas a la sede donde trabaja.
- Informar al paciente sobre las posibles causas de su motivo de consulta y especificar sus alternativas terapéuticas, especialmente si son de resolución quirúrgica.

Procedimientos técnicos inherentes al paciente ambulatorio

- Seleccionar con el personal del equipo de salud de CEx. el instrumental quirúrgico adecuado (Antisépticos, guantes, manoplas, gasas, apósitos, vendas, agujas, jeringas, hojas de bisturí, caja de curaciones, recipiente de descartables, tubos para recolección de muestras, tela adhesiva, etc.).

Destrezas quirúrgicas

- Conocimiento y aplicación de la/s técnica/s quirúrgica/s a utilizar en cada caso (curaciones, extracción de puntos, drenaje de colecciones, de heridas, etc.).

Tareas docentes

- Reconocer signos clínicos de normalidad y anormalidad en el paciente ambulatorio (pre y pos quirúrgicos), incorporando y

compartiendo la información con los presentes en el consultorio (residentes, becarios, pasantes, alumnos, etc.).

- Implementar y mostrar los pasos y gestos de la técnica quirúrgica con los presentes en el consultorio (residentes, becarios, pasantes, alumnos, etc.).

11. APENDICE II (Rotaciones)

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES SECRETARIA DE SALUD DIRECCION DE CAPACITACION Y DESARROLLO

Buenos Aires, 14 de julio de 2003.

Visto:

La existencia del Art. 16º de la Ordenanza 40.997/85 (BM. 17.760) que permite a los Residentes del Sistema poder rotar por otros servicios del interior del país y por el exterior con la autorización del área correspondiente,

La carencia de mecanismos adecuados en cuanto a la reglamentación respectiva para la implementación de las rotaciones por el exterior u otras jurisdicciones del país.

El déficit de los procedimientos administrativos en cuanto al proceso de solicitud, tramitación del expediente, tiempo necesario para la presentación de la documentación requerida, así también como de los objetivos académicos que fundamentan la rotación, propósitos, reconocimiento de las instituciones receptoras, beneficios individuales y devolución de la experiencia adquirida a la residencia y al servicio del rotante,

Considerando:

La imperiosa necesidad de instrumentar un ordenamiento de las actividades de rotación, las cuales deben generar impacto en la formación de los residentes y orientar el aprovechamiento integral del proceso de trabajo realizado, tanto para la persona como para el Servicio y caracterizando a las rotaciones como una actividad que permite mejorar el desempeño profesional en áreas de limitado desarrollo en el ámbito de nuestro Sistema;

POR ELLO

EL DIRECTOR DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO

DISPONE

Artículo 1º.- Déjanse establecidas las condiciones a cumplir para solicitar rotaciones por el exterior u otras jurisdicciones del país, según el siguiente detalle:
A) Pertenecer al 2º o 3º año (si fuera una especialidad de 3 años de residencia), o 3º o 4º año (si fuera una especialidad de 4 años de residencia), debiendo constar año que cursa y especialidad que desarrolla en la nota de solicitud de rotación.

De encontrarse el residente en su último año de residencia, la rotación podrá desarrollarse hasta el último día del mes de febrero.

B) Deberá presentar como documentación necesaria ante la Dirección de Capacitación y Desarrollo fotocopias con la firma del interesado de: título universitario, matrícula profesional (anverso y reverso), primera y segunda página de DNI, último recibo de haberes, conformidad y autorización de la rotación firmada por: Jefe de residentes, Coordinador General de la Residencia si lo hubiere, Jefe de Servicio, CODEI, Director del Hospital.

C) Se exigirán originales de aceptación de las entidades receptoras, con programas de actividades a desarrollar durante el desarrollo de la rotación, debiendo este contener: cantidad de horas, temario, nombre del responsable de la rotación, y que su realización es “ad honorem”.

D) Deberá ser presentada con por lo menos tres (3) meses de antelación en esta Dirección de Capacitación y Desarrollo, caratulado con formato de Expediente.

E) El pedido de la rotación no podrá superar, en ningún caso los tres (3) meses, y en el mismo deberán constar los fundamentos académicos asistenciales que la justifiquen.

F) No se podrá realizar más de una (1) rotación por el exterior, durante el período que lleve la residencia.

G) La fecha de rotación, no deberá interferir con el Programa de Formación Profesional, ni con las actividades asistenciales del Servicio.

H) La rotación deberá efectuarse sobre un tema relevante que supere el desarrollo científico técnico actual de los Servicios del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires o del país, y que la institución seleccionada sea referente en el tema elegido.

I) Finalizada la rotación, será indispensable la presentación de un informe de evaluación confeccionado por la entidad receptora.

J) La devolución de lo adquirido durante la rotación, será realizada dentro del mes de concluida la misma, pudiendo ser clases, ateneos o monografía, la que deberá ser adjuntada para acreditar su realización, constando la firma del Jefe de Residentes y del Coordinador General de la Residencia si lo hubiere.

Art. 2°.- Regístrese, comuníquese a los Comités de Docencia e Investigación de los Establecimientos Asistenciales y a la Dirección General de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud. Cumplido archívese

DISPOSICION N° 8 -DCYD-03.

12. APENDICE III (Rotaciones)

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Disposición DI-2015-41-DGDOIN

Buenos Aires, Miércoles 25 de Marzo de 2015

VISTO: Las Ordenanzas N° 40.997, sus modificatorias y Decretos reglamentarios, la Disposición N° 8/DCYC/03 y el Expediente Electrónico N° 4546716/-MGEYA-DGDOIN/12015 y

CONSIDERANDO:

Que por las Ordenanzas N° 40.997, fue aprobado el Sistema de Residencias del Equipo de Salud; El Art. 16 de la citada Ordenanza establece la posibilidad que los Residentes del Sistema de Salud puedan realizar rotaciones por otros servicios tanto del interior como del exterior del país; Que por la Disposición N° 8/DCYC/03 la entonces Dirección de Capacitación y Desarrollo reglamentó dicho artículo; Que el Art. 1 Inc. E del citado Acto Administrativo reglamentario, establece sin ninguna excepción, que el

pedido de rotación no podrá superar el límite temporal máximo de tres meses; Que teniendo en cuenta que existen razones de servicio o de importancia sanitaria que ameritan extender la rotación por sobre los límites consagrados en la Disposición reglamentaria, resulta necesario modificar el Art. 1 Inc. E. de la Disposición N°

8/DCYC/03. Que el Art. 1 Inc. I de la citada Disposición establece la obligación de presentar un informe de evaluación confeccionado por la entidad receptora;

Que atento a poder evaluar los resultados formativos de la rotación, resulta necesario solicitarle al rotante la confección de un informe que de cuenta de ello, resultando necesario modificar el Art. 1 Inc. I de la Disposición N° 8/DCYC/03.

Por ello, en uso de las facultades que le son propias,

**LA DIRECTORA GENERAL
DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
DISPONE**

Artículo 1.- Modificase el Art. 1 Inc. E. de la Disposición N° 8/DCYC/03, el que quedará redactado de la siguiente manera: “El pedido de rotación no podrá superar los tres (3) meses, y en el mismo deberán constar los fundamentos académicos asistenciales que la justifiquen. En caso que por razones de servicio o importancia sanitaria para nuestro medio lo ameriten, el plazo de la rotación podrá ser extendido a criterio

de la Dirección General de Docencia e Investigación, a través de Acto Administrativo fundado. En ningún caso la rotación podrá extenderse más allá del último día del mes de febrero del último año de la Residencia”.

Artículo 2.- Modificase el Art. 1 Inc. I. de la Disposición N° 8/DCYC/03, el que quedará redactado de la siguiente manera: “Finalizada la rotación, en un plazo no mayor de dos meses, el rotante deberá entregar, además de la certificación de la rotación por autoridad competente del lugar donde efectuó la misma, un informe final pormenorizado firmado por él y por el Coordinador del programa local, en el que conste si se cumplieron los objetivos, la descripción de lo realizado y en caso de nuevos procedimientos o técnicas utilizadas, deberá adjuntar el protocolo correspondiente, con las referencias bibliográficas y conclusiones, con el fin de poder transferir la experiencia adquirida.

Artículo 3.- Publíquese en el Boletín de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y para su conocimiento y demás efectos pase a la Dirección de Capacitación y Docencia. Cumplido, archívese.

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Jefe de Gobierno

Lic. Horacio Rodríguez Larreta

Vicejefe de Gobierno

Diego Santilli

Ministra de Salud

Dra. Ana María Bou Pérez

Subsecretaría de Planificación Sanitaria

Dr. Daniel Carlos Ferrante

**Directora General de Docencia Investigación y Desarrollo
Profesional**

Dra Adriana Isabel Alberti

Coordinador General de la Residencia

Dr. Jorge Sproviero

Asesora Pedagógica

Lic. Cecilia Acosta

Autor del Programa

Dr. Jorge Sproviero

El programa fue aprobado por Resolución N° 221-MSGC/16, en la Ciudad de Buenos Aires, el 2 de febrero de 2016