



**GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES**

***“2012. Año del Bicentenario de la Creación de la Bandera Argentina”***

**MINISTERIO DE SALUD**

**PROGRAMA DOCENTE DE LA RESIDENCIA DE CLÍNICA MÉDICA CON  
ORIENTACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA**

**ANEXO I**

**AÑO 2012**

Aprobado por Resolución 1882/MSGC/2012

## INDICE

<b>1.INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
<b>2.FUNDAMENTACIÓN</b>	<b>2</b>
<b>2.1.CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LOS PROGRAMAS DE RESIDENCIA DEL GCBA</b>	<b>4</b>
<b>2.2.DESCRIPCION DE LA POBLACION BENEFICIARIA</b>	<b>5</b>
<b>3.PROPÓSITOS GENERALES</b>	<b>8</b>
<b>4.PERFIL DEL MÉDICO ESPECIALISTA EN TERAPIA INTENSIVA. OBJETIVOS GENERALES</b>	<b>8</b>
<b>5.ORGANIZACIÓN GENERAL Y CONDICIONES MÍNIMAS PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA</b>	<b>10</b>
<b>5.1.FUNCIONES DOCENTES Y DE SUPERVISIÓN PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA</b>	<b>11</b>
<b>6.ESTRATEGIAS PARA LA CAPACITACIÓN</b>	<b>13</b>
<b>7.ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR AÑO, SEGÚN ÁMBITO DE DESEMPEÑO Y APRENDIZAJE</b>	<b>14</b>
<b>7.1 ORGANIZACIÓN GENERAL DE LAS ACTIVIDADES POR AREAS DE FORMACION</b>	<b>14</b>
<b>7.2.OBJETIVOS Y CONTENIDOS POR AÑO Y POR ROTACIÓN</b>	<b>18</b>
<b>8.SISTEMA DE EVALUACIÓN</b>	<b>25</b>
<b>9.BIBLIOGRAFÍA GENERAL ORIENTADORA DEL PROGRAMA</b>	<b>27</b>
<b>10.APENDICE I</b>	<b>29</b>
<b>11.APENDICE II</b>	<b>34</b>

## 1. INTRODUCCION

Se define Terapia intensiva a aquella parte de la Medicina que se ocupa de los pacientes con alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de severidad tal que representen una amenaza actual o potencial para su vida y al mismo tiempo, pueden ser susceptibles de recuperación. Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son los lugares en donde se realiza la labor asistencial de la especialidad. Se tratan de servicios de carácter polivalente, que funcionan con una íntima conexión con los demás servicios hospitalarios y del Área de Salud y se atienden a pacientes con patología clínica como quirúrgica, con el denominador común de su carácter crítico y potencialmente recuperable.

Las unidades de Terapia intensiva fueron creadas en nuestro país en la década del 50, con el correr de los años, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires incorporó nuevas Terapias en los distintos hospitales generales, hasta que en 1980 se creó la primera residencia médica municipal de Terapia Intensiva, actualmente la residencia de Terapia Intensiva del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires cuenta con cuatro sedes en los hospitales: Argerich, Durand, Fernández y Tornú.

## 2. FUNDAMENTACIÓN

El nacimiento de las unidades de cuidados críticos se produjo en 1950 en ocasión de la epidemia de poliomielitis. Desde entonces la atención médica del paciente crítico, entendido como el paciente que sufre enfermedades potencialmente reversibles que ponen en peligro su vida, ha cambiado sustancialmente. Estos cambios se deben a: innumerables avances técnicos y teóricos que han posibilitado el uso de equipamiento específico y de alta complejidad permitiendo el sostén de los distintos órganos y sistemas, logrando la supervivencia de pacientes que previamente fallecían; asimismo, esta sobrevida dentro del ámbito de los cuidados intensivos, ha generado situaciones nuevas que requieren soluciones inéditas. Se agrega también que el desarrollo de las comunicaciones ha puesto al alcance del público los distintos avances, a veces falaces, de los tratamientos médicos, aumentando consecuentemente las expectativas de la población con respecto a las reales posibilidades de los cuidados críticos.

La Terapia Intensiva dejó, por lo tanto, de ser una especialidad nueva para constituir el escenario clínico-quirúrgico donde los pacientes críticos pueden ser sometidos a procedimientos de sostén vital, en íntima colaboración con los demás servicios hospitalarios. Por mucho tiempo, el recurso humano que debe acompañar estos significativos progresos, siguió incorporándose desde otras disciplinas, llevando tanto a una inadecuada selección de ingreso de pacientes, como a una inapropiada utilización de los recursos. De esta manera, surgió la necesidad de entrenar médicos especializados en cuidados críticos, o médicos intensivistas, para lograr una mejor evolución del paciente crítico que permita su reinserción en la sociedad en las mejores condiciones posibles considerando un uso racional de los recursos. Es en este contexto de asistencia vital extrema, que el intensivista cobra mayor importancia, dado que debe conocer los aspectos más graves de diversas patologías. Es interesante mencionar que en un estudio realizado en el año 2004 sobre 7.128 pacientes de 36 unidades de Terapia Intensiva, en 11 provincias argentinas, ninguna de las patologías prevalentes superaba el

6%. Esta diversidad es la que mejor ejemplifica la necesidad de especialistas que conozcan la etapa crítica de múltiples enfermedades.

La formación del especialista de Terapia Intensiva debe lograr profesionales con adecuada formación académica y con buen juicio clínico, además de preocupados por la capacitación continua, atenta al inagotable flujo de información y los avances técnicos que se incorporan en forma constante.

El sistema de residencias médicas es considerado mundialmente como la mejor educación médica de postgrado al brindar una formación de capacitación en servicio. Su programa de formación prioriza el aprendizaje a través del trabajo diario tanto en las áreas asistenciales como docentes, realizado bajo supervisión permanente de experimentados profesionales y progresiva responsabilidad en la toma de decisiones, siendo claramente superior a otros sistemas de capacitación. Por este motivo, se realizó el siguiente programa para la Residencia de Terapia Intensiva, con el objeto de brindar un instrumento que facilite el proceso de aprendizaje, logrando unicidad de criterios que permita contar con un sistema de capacitación continuo y homogéneo en los diversos centros asistenciales, de manera de garantizar un nivel adecuado de los egresados.

En las Unidades de Terapia Intensivas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires se suma que la estructura de personal contempla el requisito ineludible que todos sus miembros sean especialistas. Ha sido demostrado que esta condición mejora los resultados de los cuidados críticos, reduciendo la mortalidad, estadía y optimizando el uso de recursos, siendo uno de los criterios para acreditaciones de calidad. Dentro de la estructura u organización, se obtienen mejores resultados al constituir unidades cerradas (decisiones en manos de especialistas y no de consultores). También la presencia de los médicos de planta, cargo en general ausente en ámbitos privados, permite un seguimiento longitudinal de los pacientes y contribuye a una formación superior para el residente. Teniendo en cuenta lo expuesto, la Residencia de Terapia Intensiva deberá generar en sus integrantes el desarrollo de habilidades y competencias necesarias para la atención del paciente crítico, además de promover el deseo por acrecentar su conocimiento constantemente. En vistas de la complejidad y diversidad de los enfermos tratados, la práctica de intensivista estará orientada al trabajo multiprofesional.

La existencia de un programa de formación en Terapia Intensiva conlleva fundamentalmente a:

- Garantizar las condiciones docentes necesarias para la formación del futuro especialista.
- Alcanzar un grado de formación suficiente para el desempeño de la especialidad.

Desde esta perspectiva, la residencia en Terapia Intensiva debe ofrecer un marco adecuado de capacitación de postgrado, con actividades programadas y supervisadas, dentro del ámbito hospitalario y fuera de él. La capacitación a través de un sistema de residencia permite integrar el conocimiento teórico con la actividad práctica, optimizando de ese modo los recursos de aprendizaje de la especialidad.

## **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 mismas.<sup>1</sup>

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<sup>2</sup>.

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

El proyecto local de cada sede deberá especificar de qué modo implementará el programa general desplegando alternativas para llevar a cabo lo que programa propone. Los proyectos locales de cada sede de residencia son los que permiten identificar las fortalezas de cada sede para convertirlas en oferta de capacitación dentro de la misma especialidad.

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

---

<sup>1</sup> Ordenanza 40997/85.

<sup>2</sup> Ley Básica de Salud Nº 153 - Art 3 Definición. (Selección)

El concepto de “red” relativiza a los distintos 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 aplicación<sup>3</sup> ( Dirección General de Docencia e Investigación y Dirección de Capacitación y Docencia); 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. Aquí se debe evaluar la adecuación de los proyectos locales en función del programa.

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.

## **2.2. Descripción de la Población Beneficiaria**

La población beneficiaria es la comunidad en general, dado que cualquier enfermedad que provoque por períodos acotados una evolución que ponga en peligro la vida o que requiera sostén vital avanzado, será internada en una unidad de cuidados intensivos. Básicamente abarca a toda la población de más de 14 años y sin límite superior de edad.

Los ejemplos más frecuentes de enfermedades críticas que llevan a ser admitidos a una UTI son: *los accidentes cerebrovasculares, las complicaciones de las cirugías, las patologías respiratorias, como neumonía, EPOC y asma, los traumatismos importantes como los que ocurren por accidentes de tránsito, las caídas desde alturas, las quemaduras extensas, las heridas por armas de fuego, los accidentes industriales, los episodios de violencia, intoxicaciones, y otros.*

En las UTI, entre el 30 y el 60 % de los ingresados pertenecen al grupo de más de 65 años. En ellos la prevalencia de una enfermedad crónica no transmisible es de más del 70%, preferentemente, enfermedad cardíaca, y la comorbilidad está en el orden del 40%. En la población menor de 65 años las situaciones que requieren internación en UTI son las infecciosas (neumonía, EPOC), post quirúrgicas y politraumatismos.

---

<sup>3</sup> Autoridad de aplicación: Organismo del Ministerio de Salud del GCABA que tiene directa responsabilidad sobre el sistema de Residencias y Concurrencias.

Los pacientes con enfermedades críticas suelen presentar falla, o mal funcionamiento, de uno o más de sus órganos o sistemas orgánicos, como corazón, pulmones o riñones. Es importante mencionar que las fallas orgánicas pueden llevar a los pacientes a la UTI; pero también pueden aparecer con el paciente ya internado en la UTI por otra enfermedad. En estos casos, la condición clínica del paciente puede agravarse, o la internación prolongarse.

El SHOCK ocurre cuando los órganos del cuerpo no reciben sangre, y por lo tanto, el oxígeno que ella transporta, con la presión suficiente como para funcionar normalmente. Hay varios tipos de shock y los más frecuentes son: shock hipovolémico: causado por una hemorragia muy importante, o una deshidratación muy grave. shock cardiogénico: cuando falla el corazón como bomba impulsora de la sangre. shock séptico: cuando la infección es muy grave y causa fallos de distintos órganos. Cualquier tipo de shock, si no responde adecuada al tratamiento, puede causar el mal funcionamiento de los órganos del cuerpo y necesitar internación en la unidad de cuidados críticos.

La INSUFICIENCIA RESPIRATORIA se presenta cuando los pulmones no cumplen con su función, que es hacer ingresar el oxígeno al organismo, y eliminar el dióxido de carbono. La falla respiratoria puede ser de leve a grave. Las causas más frecuentes de insuficiencia respiratoria que ingresan en la UTI son la neumonía, el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la falla cardíaca, y otras. La causa más grave de insuficiencia respiratoria, es la Injuria Pulmonar Aguda, y el Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (o “ARDS, acute respiratory distress syndrome”). Estas pueden aparecer por distintas enfermedades: neumonía grave, aspiración del contenido gástrico a los pulmones o por un traumatismo pulmonar, o politraumatismo como ocurre luego de accidentes graves; también luego de patologías muy graves, como ocurre en algunos casos de pancreatitis, etc. En las situaciones descriptas, se requiere habitualmente la utilización de ventilación mecánica invasiva, para suplantar la función que los pulmones no pueden llevar a cabo.

Las INFECCIONES causas habituales de ingreso a la UTI, pero también pueden aparecer durante la internación en la UTI. Los dispositivos que se utilizan en los pacientes internados, como tubos endotraqueales, distintos tipos de catéteres y sondas, son esenciales para mantener las funciones vitales del paciente, pero también pueden favorecer la aparición de infecciones. Las UTIs son ambientes en los que los gérmenes resistentes suelen proliferar, debido a la gravedad de los pacientes y a la frecuente necesidad de utilización de antibióticos de amplio espectro. Por todas estas razones (propias del paciente, de los dispositivos que se utilizan, y del medio ambiente), las infecciones son muy frecuentes en los pacientes críticos.

Las ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO, representan una gran variedad de patologías que afectan el normal funcionamiento del cerebro y de sus estructuras periféricas, que deben internarse en terapia intensiva, por la complejidad de su tratamiento y por la gravedad de estos pacientes: traumatismos de cráneo, accidentes cerebrovasculares (isquémicos y hemorrágicos), infecciones (meningitis, encefalitis, etc), enfermedades desmielinizantes progresivas

En ciertas ocasiones, los pacientes ingresan a la UTI de forma planificada: por ejemplo, luego de algunas cirugías, por ejemplo, si es muy extensa, compleja, o de larga duración, en la mayoría de los casos resulta apropiado que el período de recuperación transcurra en un ámbito donde se pueda tratar intensamente el dolor, u otras complicaciones que pudieran aparecer, son las llamadas cirugías “programadas”. Otra gran parte de los pacientes operados que requieren su ingreso son los que han requerido cirugías “de emergencia”, debido a deterioro rápido de las condiciones clínicas de un paciente. Otras veces, más que del tipo de cirugía, el ingreso a UTI dependerá de las condiciones previas del paciente: si presenta otra enfermedad, aparte de la que lo llevó a la cirugía, en estos casos, estas enfermedades “preexistentes” podrían manifestarse, o provocar complicaciones, por ejemplo, enfermedades del corazón, pulmones, renales u otras. El complejo nivel de monitoreo de las UTIs ayudan a prevenir o a tratar precozmente algunas de estas complicaciones. Por lo descripto las unidades de terapia intensiva se tratan de servicios de carácter polivalente y que funcionan en íntima conexión con los demás servicios hospitalarios y del Área de Salud y se atienden a pacientes con patología clínica como quirúrgica, con el denominador común de su *carácter crítico y potencialmente recuperable*.

**MOVIMIENTO E INDICES DE INTERNACIÓN ESPECIALIDAD UTI  
HOSPITALES GENERALES AGUDOS  
MINISTERIO DE SALUD – GCABA  
AÑO 2010**

HOSPITAL	INGRESOS	PASES	ALTAS	DEFUNCIONES	PCTES DIA	PROMEDIO CAMA DISPONIBLE	PROMEDIO PACIENTE DIA	% OCUPACION	TASA (%) MORTALIDAD HOSPITALARIA
ARGERICH	188	613	87	155	6745	19,42	18,48	95,15	19,35
DURAND	106	237	13	84	2760	9,72	7,56	77,81	24,28
FERNANDEZ	209	296	12	105	5775	18,3	15,82	86,48	20,47
TORNU	25	371	38	91	2867	9,95	7,85	78,98	22,86

**Paciente día:** Es la permanencia de un paciente internado, es decir ocupando una cama en un establecimiento de salud, durante un período comprendido entre las 0 y 24 horas de un mismo día. Se calculan sumando los pacientes que han permanecido internados en una fecha determinada correspondiente a un día censal. A la existencia a las 24 horas hay que sumar los pacientes que ingresaron y egresaron del establecimiento en el mismo día.

**Promedio de Camas disponibles:** Es el número de camas que en promedio estuvieron disponibles diariamente  

$$\frac{\text{Total de días camas disponibles del período}}{\text{Número de días del período (365 días)}}$$

**Promedio de Pacientes día:** Indica el número de pacientes que en promedio estuvieron hospitalizados diariamente  

$$\frac{\text{Total de pacientes día del período}}{\text{Número de días del período (365 días)}}$$

**Porcentaje Ocupacional:** Es el porcentaje de camas que en promedio estuvieron ocupadas diariamente durante el año.  

$$\frac{\text{Total de pacientes día del período}}{\text{Total de días camas disponibles del período}} \times 100$$

**Tasa de Mortalidad Hospitalaria:** Indica la proporción de defunciones sobre el total de los egresos  

$$\frac{\text{Defunciones del período}}{\text{Egresos (altas + defunciones) del período (*)}} \times 100$$

### **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.
- .- Brindar las mejores oportunidades de aprendizaje que el sistema ofrece en las distintas áreas y niveles.
- .- Formar profesionales capaces de utilizar adecuadamente los diferentes dispositivos y recursos que el sistema de salud dispone.
- .- 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 de 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 espacio de trabajo que permitan el desarrollo y crecimiento de la especialidad.
- .- Establecer 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 Terapia Intensiva
- .- Promover la implementación de un sistema de gestión de calidad acorde a las necesidades de su ámbito de desempeño.
- .- 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 ESPECIALISTA EN TERAPIA INTENSIVA. OBJETIVOS GENERALES**

El objetivo es la formación de médicos especialistas en terapia intensiva capaces de resolver las patologías que sean más prevalentes en su centro de formación, con el fin de incorporarse al equipo de salud de cualquier región. Debe ser capaz de resolver las patologías de mediana y alta complejidad, asistiendo a pacientes internados, asesorando a profesionales y/o equipos de salud respecto de su competencia. Participará de la elaboración de registros epidemiológicos, actualizando sus conocimientos teóricos y prácticos, según los avances científicos y tecnológicos, en el marco de la educación permanente en salud. Durante este periodo también se configuran las bases para una formación ulterior en áreas de capacitación específica. El residente debe alcanzar el mayor grado de calidad técnica posible y la capacidad para desarrollar su labor diaria integrado en un equipo.

Al finalizar los 4 años de formación, el residente será capaz de:

- Asumir los principios éticos y morales del médico frente al paciente, su entorno y la sociedad.
- Utilizar adecuadamente los diferentes dispositivos y recursos que el sistema de salud dispone.

- Desarrollar capacidades docentes de acompañamiento, supervisión y orientación dentro de la Residencia y con otras Residencias del sistema de Salud.
- Conocer y actuar de acuerdo al marco normativo y organizacional de la Constitución, la Ley Básica de Salud y del Sistema de Salud del GCBA.
- Desempeñar un rol activo y protagónico en su ámbito de desempeño.
- Actuar según una visión integral del paciente en sus aspectos biológico, psicológico y social.
- Conocer y definir estrategias en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades utilizando los métodos de la medicina basada en la evidencia y aquellos debidamente aprobados según normas y protocolos de uso.
- Brindar un óptimo nivel de asistencia médica a pacientes que cursan una enfermedad crítica, provenientes de diferentes disciplinas médicas y quirúrgicas.
- Realizar el correcto diagnóstico e indicar el tratamiento adecuado de las patologías de la especialidad.
- Reconocer la gravedad del paciente, para resolver las urgencias y emergencias, de acuerdo a criterios establecidos y a las características específicas de la situación.
- Recuperar la salud cuando la misma se ha visto dañada y, en caso de no ser esto posible, acompañar y aliviar al paciente y su familia en el transcurso de los últimos momentos de su vida
- Promover la comunicación médico-paciente-familia.
- Analizar la relación entre salud o enfermedad en el contexto familiar y social.
- Evaluar el riesgo/beneficio en la toma de decisiones de toda intervención médica, adaptada a cada paciente.
- Adquirir conocimientos y aplicar estrategias para la detección temprana de factores de riesgo.
- Integrar, coordinar e implementar equipos interdisciplinarios e intersectoriales.
- Transmitir y aplicar los fundamentos de la educación permanente.
- Participar y programar actividades docentes.
- Seleccionar, analizar y evaluar la información bibliográfica.
- Identificar problemas de investigación relevantes para la comunidad en la que trabaja.
- Elaborar trabajos de investigación en su área de especialidad.
- Integrar el trabajo de investigación a la práctica profesional.
- Entender sobre gestión clínica y gestión por procesos.

## **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 terapia intensiva de acuerdo al perfil definido por las necesidades del sistema sanitario establecidas por el Gobierno de la Ciudad. Es una Residencia Básica Con Orientación. En el ámbito del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires la Residencia es de Clínica Médica con orientación en Terapia Intensiva. Está programada para realizarse en cuatro años, un año inicial de Clínica Médica y los tres restantes de Terapia Intensiva.

Existen cuatro sedes en los hospitales: Argerich, Durand, Fernández y Tornú. Las cuales cuentan con 2 a 3 residentes por año.

Los **requisitos de ingreso** para la residencia de Clínica Médica con Orientación en Terapia Intensiva son: tener 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 regirá por la Ordenanza 40.997, sus modificatorias y las disposiciones vigentes.

La **duración de la residencia** es de 4 años con carga horaria de 9 horas diarias y con dedicación exclusiva.

Los residentes realizarán como mínimo veinticuatro (24) horas de **guardia** por semana y como máximo treinta y seis (36) horas de guardia, gozando de doce (12) horas de descanso tras veinticuatro (24) horas de guardia<sup>4</sup>.

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 a través de distintos medios.
- 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

---

<sup>4</sup> Ley N° 601- Artículo 3

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.

### **Coordinador general de la Residencia:**

---

Son sus funciones y responsabilidades:

- Elaborar el Programa Docente General de la Residencia.
- Actualizar periódicamente el Programa Docente General de la Residencia.
- Evaluar y monitorear la implementación del Programa Docente General de la Residencia.
- Garantizar el desarrollo de los procesos formativos y la capacitación en servicio.
- Asesorar en la selección de las sedes de la Residencia y participar en el monitoreo de su capacidad formadora.
- Participar en la selección de los ámbitos de rotación y el monitoreo de su capacidad formadora.
- Coordinar y garantizar 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.
- Propiciar el vínculo institucional entre la Residencia y las instancias superiores de la autoridad de aplicación: la Dirección de Capacitación dependiente de la Dirección General de Docencia e Investigación o el organismo que lo reemplace y la Dirección General de Redes y Programas.
- Propiciar la articulación entre la Dirección de Capacitación dependiente de la Dirección General de Docencia e Investigación, Comités de Ética en Investigación, Jefes de Servicios Hospitalarios, Áreas Programáticas y Centros de Salud, Coordinadores locales de Programas, Jefes y/o Instructores de Residentes y Residentes.

- Participar en el proceso de selección para el ingreso a la Residencia acorde a la normativa vigente a través de la elaboración del examen, la orientación a aspirantes, la toma, la resolución de apelaciones y el análisis de los resultados del examen.
- Diseñar, gestionar la puesta en marcha y analizar el sistema de evaluación del desempeño de los Residentes.
- Constituir una instancia de mediación en caso de conflicto entre algunas de las partes citadas.
- Favorecer el desarrollo de experiencias de formación entre las diversas Residencias del Sistema de Salud.
- Participar en las actividades formativas o de intercambio y actualización que la Dirección de Capacitación y Docencia organice.
- Promover la capacitación y actualización periódica en temáticas inherentes al campo profesional, a la gestión en salud y a la función de coordinación.

#### **Coordinador local del programa:**

---

Son sus funciones y responsabilidades:

- Coordinar las actividades de formulación del proyecto local de la sede, de acuerdo al programa general de la residencia.
- Coordinar las actividades que impliquen garantizar el cumplimiento del programa y, a través del mismo, la mejor formación de los residentes.
- Coordinar a través de reuniones periódicas con la Residencia, la organización de las actividades docentes, asistenciales y otras de interés para el desarrollo del programa.
- Intervenir junto a los Jefes de Residentes e Instructores de Residentes en las evaluaciones de desempeño profesional y de las rotaciones realizadas.
- Programar las rotaciones fuera y dentro del hospital.
- Mantener una comunicación fluida con la coordinación central de la Dirección de Capacitación y Docencia.

#### **Instructor de residentes:**

---

Según la ordenanza 40.997 el Instructor de residentes será un profesional con antecedentes acreditados en la especialidad y profesión y podrá pertenecer a la Carrera Profesional Hospitalaria. 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.

Habiendo jefe de residentes sus funciones serán:

- Brindar apoyo al Coordinador General y al Coordinador Local del Programa de la Residencia y articular acciones entre los diferentes niveles de responsabilidad de la formación.
- Supervisar la implementación del Programa de formación de la Residencia.
- Asesorar en el área de contenidos de su especialidad.
- Realizar el seguimiento del desempeño de los residentes en áreas específicas.
- Participar en la evaluación de los residentes.

### **Jefe de residentes:**

---

Según la ordenanza 40.997, el Jefe de Residentes será un Profesional contratado anualmente, que haya completado la Residencia en la especialidad. Será elegido por voto directo de los residentes con la aprobación de la Subcomisión de Residencias.

Sus funciones serán:

- Organizar la actividad asistencial y docente de los Residentes según el Programa y supervisar sus tareas.
- Actuar de acuerdo con Instructores de residentes, Coordinadores Locales de Programas y Jefes de Servicio, en la supervisión y control de las actividades mencionadas, como así mismo, con Jefes de Residentes de otras especialidades y profesiones.
- Cumplir sus actividades en todas las áreas que fija el Programa respectivo, incluyendo consultorios externos, salas de internación y servicios de urgencias.
- Participar en la evaluación de los residentes.

## **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.****7.1 ORGANIZACIÓN GENERAL DE LAS ACTIVIDADES POR ÁREAS DE FORMACIÓN**

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.

**7.1.1 Actividad Asistencial.**

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

- a) **Internación:** toda la actividad vinculada al manejo de los pacientes internados.
  - Seguimiento de los pacientes con patología crítica internados en sala de cuidados intensivos del hospital.
  - Supervisión de los residentes de los primeros años a partir del tercer año de Residencia. Dicha supervisión se realiza bajo el monitoreo de los jefes de residentes, médicos internos y de planta y jefe de servicio.
  - Los residentes participarán del pase de guardia y la recorrida de sala de la mañana y la tarde, conjuntamente con los médicos de planta y el jefe de Servicio. Deberán conocer a todos los pacientes internados en el servicio, 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 en el Servicio de Terapia Intensiva, hará una impresión diagnóstica y un plan de estudios, bajo supervisión de los médicos de planta o guardia.
  - Los residentes cumplirán con una recorrida de sala vespertina donde se rediscutirán los pacientes, se evaluaran 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, de manera que las decisiones médicas sean tomadas por los médicos responsables del servicio.
- b) **Interconsultas:** El principal objetivo de esta actividad es el aprendizaje de una correcta evaluación, seguimiento y tratamiento de los pacientes internados en la

unidad de cuidados intensivos. 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.

- c) **Guardias**<sup>5</sup>: 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 Emergencia, 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.

Las guardias en el Servicio se suspenderán durante el período de tiempo en el que el residente cumpla rotaciones fuera del servicio.

### 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, anatopatológicos 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**: consiste en la enseñanza teórica impartida a la cabecera del enfermo. 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. Se fijan hasta 10 días al año de licencia para asistencia a congresos o reuniones científicas de la especialidad con la debida autorización del Jefe de servicio y la autorización de la Dirección de Capacitación y Docencia.

**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 (especialidad) de

---

<sup>5</sup> Acorde a los términos de la Ley N° 601, modificatoria de la Ley N° 40997:

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 terapia intensiva. La rotación optativa es complementaria de su formación, y deberá profundizar un área de su interés en la especialidad. 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.

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

#### **OBLIGATORIAS:**

Anestesia  
Unidad Coronaria  
Neurointensivismo  
Transplante

#### **OPCIONALES:**

Infectología  
Diagnóstico por imágenes  
Patología Crítica Obstétrica  
Patología Crítica Respiratoria  
Nefrología  
Recuperación Cardiovascular  
Quemados  
Emergentología  
Cirugía general

#### **Rotaciones por año y ámbito de desempeño:**

---

Primer año	
Práctica	Carga Horaria
Clínica Médica	12 (DOCE) MESES

<b>Segundo año</b>	
<b>Práctica</b>	<b>Carga horaria</b>
SALA DE TERAPIA INTENSIVA	11 (ONCE) MESES
ANESTESIOLOGIA	1 (UN) MES

<b>Tercer año</b>	
<b>Práctica</b>	<b>Carga horaria</b>
SALA DE TERAPIA INTENSIVA	6 (SEIS) MESES
ROTACIONES OBLIGATORIAS	6 (SEIS) MESES

<b>Cuarto año</b>	
<b>Práctica</b>	<b>Carga Horaria</b>
SALA DE TERAPIA INTENSIVA	6 (SEIS) MESES
ROTACIÓN OBLIGATORIA	3 (TRES) MESES
ROTACIÓN OPCIONAL	3 (TRES) 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.

## **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 médico especialista en terapia intensiva.

## **7.2. OBJETIVOS Y CONTENIDOS POR AÑO Y POR ROTACIÓN**

### **PRIMER AÑO DE LA RESIDENCIA**

Durante el primer año de la Residencia, la formación transcurre en el Servicio de Clínica Médica, integrándose el residente a las actividades asistenciales y académicas en las mismas condiciones que los residentes de dicho Servicio.

#### **OBJETIVOS**

- Comprender la estructura y funcionamiento de la residencia.
- Confeccionar una historia clínica en forma sistematizada.
- Realizar un adecuado razonamiento diagnóstico.
- Utilizar los métodos auxiliares de diagnóstico en el momento adecuado e interpretar los de menor nivel de complejidad.
- Tratar diferentes patologías prevalentes.
- Asumir sus responsabilidades médicas y establecer una correcta relación médico - paciente.
- Resolver adecuadamente las urgencias de la sala.
- Presentar adecuadamente casos clínicos y actualizaciones bibliográficas.
- Integrarse al trabajo grupal y actuar de acuerdo a su nivel de responsabilidad.
- Conocer las bases metodológicas y la interpretación de estudios complementarios de relevancia clínica.
- Conocer los aspectos relevantes de la fundoscopía para el médico clínico.
- Incorporar habilidades para la realización de maniobras diagnósticas y terapéuticas invasivas.
- 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.
- Adquirir conocimientos que favorezcan el ético desempeño de la medicina.

#### **ACTIVIDADES**

- Reunión informativa del reglamento de la Residencia y de las actividades que desarrolla.
- Análisis del modelo de historia clínica con jefes e instructores.
- Realización conjunta con el residente supervisor de la historia clínica, profundizando la anamnesis y el examen semiológico.
- Análisis de la evolución diaria de los pacientes.
- Supervisión de la realización de la historia clínica y del examen físico del paciente.

- Atención de pacientes internados.
- Relevamiento de los recursos diagnósticos del hospital.
- Análisis conjunto con supervisores de los diagnósticos sindromáticos y la metodología diagnóstica a utilizar.
- Solicitud de exámenes de laboratorio y análisis de los resultados.
- Pases de sala y ateneos.
- Mostración e interpretación de radiografías, tomografías y resonancias e interconsultas con el servicio de diagnóstico por imágenes.
- Presencia de exámenes endoscópicos.
- Realización e interpretación de ECG.
- Aprendizaje de toma muestras, indicaciones. Interconsulta con el servicio de bacteriología e infectología.
- Fondo de ojo, mostración del uso del oftalmoscopio.

## **SEGUNDO AÑO DE LA RESIDENCIA**

### **OBJETIVOS**

- Confeccionar la historia clínica, realizar las indicaciones, seguimiento y evolución de los pacientes internados en la sala de terapia intensiva.
- Evaluar en forma global al paciente crítico.
- Reconocer en forma precoz los signos y síntomas de alarma que indican posibles complicaciones, deterioros orgánicos y realizar un abordaje adecuado.
- Interpretar los síndromes clínicos más frecuentes en terapia intensiva y tener conocimiento global de las técnicas de apoyo a las mismas.
- Diagnosticar y efectuar resucitación cardiopulmonar básica y avanzada.
- Conocer el funcionamiento básico de las intervenciones usadas en el sostén de órganos vitales.
- Interpretar adecuadamente los sistemas de monitoreo.
- Conocer los fundamentos y la implementación de normas de bioseguridad.
- Indicar en forma oportuna e interpretar los estudios complementarios de la práctica habitual en los pacientes de Terapia Intensiva.
- Conocer y aplicar las técnicas, indicaciones, contraindicaciones, complicaciones y cuidados inherentes a los diversos procedimientos realizados en terapia intensiva.
- Distinguir y aplicar los criterios de ingreso y egreso de los pacientes al área crítica.

### **ACTIVIDADES**

- Presentación diaria en el pase matutino y vespertino de los ingresos y de los pacientes internados en la sala de terapia intensiva con los residentes superiores, jefes de residentes y los médicos de planta.
- Atención de pacientes internados en sala de cuidados intensivos.
- Atención del paciente politraumatizado y del postoperatorio en pacientes graves y/o complicados.
- Recolección de datos de los pacientes y confección de la historia clínica de terapia intensiva.
- Reportar diariamente la evolución clínica, resultados de prácticas y/o fechas de realización de tratamientos convenidos a los residentes superiores y a los médicos

de planta.

- Realización correcta de las diversas técnicas y accesos para la cateterización de una vena central.
- Colocación de catéteres intraarteriales a través de distintas técnicas y accesos conocidos.
- Colocación de catéteres de monitorización hemodinámica (catéter de Swan Ganz), y de marcapasos transitorio intracavitario y percutáneo.
- Realización de técnicas para permeabilizar la vía aérea:
  - intubación traqueal en forma programada como en emergencia, a través de las técnicas de inserción oro y nasotraqueal;
  - utilización de máscara laríngea
  - cricolaringotomía de emergencia
  - traqueostomía de emergencia
- Manejar correctamente la ventilación mecánica invasiva y no invasiva: CPAP, BIPAP y Máscara laringea
- Realización de los cursos de ACLS y ATLS. Realización con eficacia de resucitación cardiopulmonar.
- Realización de técnicas diagnósticas y terapéuticas invasivas, tanto transitorias como permanentes:
  - Toracocentesis
  - Pericardiocentesis
  - Laparocentesis
  - Punción lumbar
  - Talla vesical

#### Requerimientos mínimos de realización de procedimientos.

Se especifica el número de procedimientos para adquirir las destrezas:

Intubación orotraqueal programada.....	20
Accesos venosos centrales, comenzando con recambios de catéteres bajo guía de alambre para seguir con colocación de catéteres para la valoración de la presión venosa central, en general, por punción yugular interna por todas sus accesos y la vena femoral.....	100
Canalización venosa de la yugular externa y braquial.....	4
Acceso arterial por punción.....	60
Paracentesis .....	10
Toracocentesis .....	20
Cateterización oro-naso yeyunal .....	6
Punción lumbar .....	15
Vía aérea de Urgencia .....	60
Accesos venosos centrales por punción de la vena subclavia por todas sus rutas .....	25
Colocación de catéter de Swan-Ganz .....	15
Marcapasos endocavitario transitorio.....	5
Traqueostomía percutánea .....	5
Toracostomía .....	3
Pericardiocentesis .....	5
Talla vesical .....	4

- Asistir a los pacientes en su traslado a tomografía o cirugía.
- Búsqueda bibliográfica y preparación de clases y ateneos sobre patologías

observadas en sala.

- Participación en la elaboración de los ateneos del servicio de Terapia Intensiva:
  - Ateneos de casos clínicos
  - Ateneos de error
- Lectura de protocolos y normas de diagnóstico y tratamiento de las patologías de medicina crítica más prevalentes.

## TERCER AÑO DE LA RESIDENCIA

### OBJETIVOS

- Realizar el enfoque diagnóstico y terapéutico del paciente crítico.
- Atender al paciente crítico en su conjunto, integrando las diferentes modalidades diagnósticas, monitoreos y soportes vitales.
- Interpretar los hallazgos de los monitoreos y exámenes complementarios
- Conocer las escalas de investigación y pronóstico y las guías de tratamientos de los pacientes críticos.
- Aplicar los diferentes modos ventilatorios de acuerdo a los diferentes diagnósticos e investigaciones clínicas.
- Conocer los SCORES de gravedad y pronóstico y las guías y protocolos de diagnóstico y tratamiento de los pacientes críticos.
- Tomar decisiones avanzadas en el paciente internado.
- Adquirir conocimientos para reconocer donantes potenciales de órganos.
- Conocer el marco regulatorio de Trasplante en Argentina y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (Ley 3294).
- Adquirir la capacidad para realizar traslados intrahospitalarios de pacientes críticos de forma segura.
- Participar en la supervisión de las tareas de investigación de residentes de años inferiores junto con los jefes e instructores.
- Conocer los aportes de la medicina basada en la pruebas para la toma de mejores decisiones en la práctica diaria.
- Participar en la realización de estudios clínicos observacionales descriptivos y analíticos.
- Saber implementar un programa de mejora continua de la calidad en áreas de la terapia intensiva.

### ACTIVIDADES

- Discusión diaria matutina y vespertina de los ingresos y de los pacientes internados en la sala de terapia intensiva con los residentes, jefe de residentes y médicos de planta.
- Pase de guardia diario.
- Discusión acerca del tratamiento más adecuado de las diferentes patologías integrando los sistemas de apoyo vitales mecánicos y farmacológico con el monitoreo continuo invasivo y no invasivo, con el jefe de residentes y médicos de planta.
- Supervisión del residente inferior en la confección de la historia clínica y evolución.
- Asistir al residente inferior en las prácticas diarias y en sus inquietudes

académicas.

- Perfeccionamiento de las instrumentaciones y técnicas diagnósticas y terapéuticas aprendidas en el año anterior.
- Realización de las interconsultas con las diferentes especialidades del hospital bajo la supervisión de los médicos de planta.
- Participación activa de la formación académica de la residencia, preparar clase asignada por jefe de residentes.
- Confección y dictado de clases teórico-prácticas.
- Participación en las reuniones generales del servicio.
- Participación activa en los ateneos y de las reuniones científicas de la especialidad
- Realización de búsqueda bibliográfica y actualización de temas a designar.
- Participar en grupos interdisciplinarios y cooperativos dentro de la institución y extrahospitalaria para la realización de trabajos científicos.

## CUARTO AÑO DE LA RESIDENCIA

### OBJETIVOS:

- Consolidar los conocimientos y prácticas adquiridos en los años anteriores
- Adquirir conocimientos avanzados de los procedimientos diagnósticos y las indicaciones terapéuticas realizados en terapia intensiva:
- Realizar interconsultas bajo la supervisión de médicos de planta.
- Conocer el mantenimiento del potencial donante de órganos.
- Conocer los principios básicos sobre limitación terapéutica en Terapia intensiva y desarrollar una visión integral, humanística y moderna en cuidados paliativos.
- Adquirir capacidades para la búsqueda de consensos en la toma de decisiones médicas, entre sus colegas, el paciente y el grupo familiar.
- Desarrollar protocolos de investigación científica.
- Llevar a cabo un estudio de intervención.
- Supervisar la actividad asistencial de los residentes de años inferiores y colaborar en las actividades de coordinación y docencia con los jefes e instructores.
- Participar en la formación de residentes de años inferiores.
- Adquirir los conocimientos intermedios y avanzados la gestión, calidad y dirección médica en unidades de cuidados críticos.
- Adquirir herramientas para realizar un análisis epidemiológico en el contexto de las unidades de Terapia Intensiva para adecuarse a las necesidades sanitarias.
- Planificar la actividad docente del servicio.
- Adquirir el conocimiento para acceder a la búsqueda bibliográfica para la actualización constante
- Conocer los aportes de la MBE para la toma de mejores decisiones en la práctica diaria.
- Proponer y llevar a cabo protocolos de estudios clínicos de intervención o experimentales.
- Aplicar los conocimientos adquiridos en las prácticas aprendidas durante los años anteriores.

## **ACTIVIDADES**

- Participación activa del pase de sala diario.
- Organización del pase de sala luego de cada guardia.
- Discusión de la planificación diagnóstica y del tratamiento con médico de planta y jefe de residentes de los pacientes internados en la sala de terapia intensiva.
- Supervisión de las tareas realizadas por los residentes de segundo y tercer años.
- Supervisión de las indicaciones médicas de los pacientes e indicar procedimientos y tratamientos complejos.
- Investigación del costo-efectividad-utilidad de los tratamientos de uso frecuente en terapia intensiva
- Atención y control de los pacientes más complejos de la sala.
- Comunicación a los familiares, junto a los médicos de planta y establecer una adecuada relación médico-familiar, imprescindible a la hora de la atención del paciente crítico y a la toma de ciertas decisiones terapéuticas.
- Demostración de respeto por los derechos del paciente en la asistencia cotidiana.
- Participación en las reuniones generales del Servicio.
- Discusión del diagnóstico y tratamiento con médico de planta y jefe de residente de las interconsultas.
- Participación con los médicos de planta y jefe de residentes en el desarrollo de los trabajos de investigación.
- Participación en la confección y en el dictado de clases teórico-prácticas
- Realización de todas las prácticas aprendidas durante los años anteriores bajo supervisión del médico de planta y jefe de residente.

## **ROTACIONES OBLIGATORIAS**

### **ANESTESIA:**

Las áreas donde se realizarán dichas actividades serán preanestesia, quirófano, sala de recuperación y sala de internación.

### **OBJETIVOS**

- Adquirir las habilidades necesarias para el manejo de la vía aérea normal y dificultosa.
- Adquirir conocimientos de la farmacodinamia de drogas anestésicas, analgésicas y de relajación muscular.
- Evaluar el riesgo quirúrgico para prevenir la presencia de las complicaciones perioperatorias.
- Conocer las diversas técnicas anestésicas y sus complicaciones.
- Manejar la recuperación anestésica.

## **UNIDAD CORONARIA:**

Las áreas donde se realizarán dichas actividades serán en la sala de UCO.

### **OBJETIVOS**

- Llevar a cabo el diagnóstico y tratamiento de todas las arritmias cardíacas.
- Conocer las indicaciones y efectuar la colocación de un marcapaso transitorio.
- Realizar el diagnóstico y tratamiento de las distintas modalidades de presentación de la enfermedad coronaria aguda y sus complicaciones: falla de bomba, shock cardiogénico, perforación de tabique, ruptura valvular, disfunción del músculo papilar, hemopericardio y taponamiento cardíaco.
- Conocer las indicaciones, fundamentos, utilización y complicaciones del apoyo mecánico-circulatorio (contrapulsación).
- Llevar a cabo mediciones hemodinámicas, conocer sus indicaciones, métodos, interpretación de patentes hemodinámicas y complicaciones.
- Conocer las diferentes drogas vasoactivas, antiarrítmicas, vasodilatadoras, antihipertensivas, sus indicaciones, usos, farmacodinamia y complicaciones.
- Realizar indicaciones de cirugía cardiovascular de urgencia, puente aortocoronario, evacuación de taponamiento pericárdico, reemplazo valvular, aneurisma disecante, aneurisma ventricular, perforación de tabique y endocarditis bacteriana.
- Adquirir conocimientos de la etiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de las emergencias hipertensivas, sincope y tromboembolismo de pulmón.
- Adquirir destreza y experiencia en las maniobras de reanimación cardiopulmonar.

## **NEUROINTENSIVISMO:**

Las áreas donde se realizarán dichas actividades serán en la sala de terapia intensiva.

### **OBJETIVOS**

- Comprender la fisiopatología de la lesión neurológica aguda.
- Comprender el significado de lesión primaria y secundaria.
- Realizar neuromonitoreo valiéndose de diferentes técnicas: PIC, saturación en golfo de la yugular, etc.
- Manejar terapéuticamente a pacientes con trauma encefálico.
- Indicar y realizar punciones lumbares y cisternales y prevenir sus complicaciones.
- Implementar las medidas necesarias para el tratamiento del accidente cerebrovascular en sus diferentes modalidades: ACV isquémico y hemorrágico.
- Implementar en forma adecuada las medidas diagnósticas y terapéuticas ante un paciente que padece una Hemorragia subaracnoidea.
- Adquirir un adecuado manejo del síndrome confusional y el coma.
- Tratar el síndrome convulsivo, valiéndose de las diferentes modalidades terapéuticas disponibles.
- Realizar tratamiento y seguimiento de los síndromes meníngeo y encefálico.
- Comprender la fisiopatología y realizar el tratamiento adecuado de la polineuropatía del paciente crítico.
- Adquirir precisión diagnóstica en la evaluación de las diferentes lesiones encefálicas a través de los diferentes métodos de diagnóstico por imágenes: TAC, RMN.
- Adquirir destreza en el uso del doppler transcraneano.(Ecoflow)

## **TRASPLANTE**

Ambito de desempeño: Consultorio pre trasplante renal, hepático y médula ósea  
Quirófano de trasplante  
Buenos Aires Trasplante

### **OBJETIVOS**

- Conocer la legislación actual de trasplante a nivel nacional y de la ciudad de Buenos Aires
- Evaluar, seleccionar y mantenimiento del donante de órganos.
- Conocer las indicaciones de trasplante, criterios de inclusión y exclusión.
- Adquirir conocimientos para la conducción de un operativo de trasplante renal y hepático.
- Conocer el manejo intraquirófano durante un trasplante renal y hepático.
- Reconocer complicaciones inmediatas, infecciosas y no infecciosas del paciente transplantado.
- Resolver complicaciones críticas de transplantados.

## **8. EVALUACION**

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 Residencias de Clínica Médica con Orientación, basada en los objetivos determinados por la Dirección General de Docencia e Investigación y 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 (en anexo), 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.

## 9. BIBLIOGRAFIA

1. Ordenanza 40.997/86 y modificatorias. BM N° 17.720
2. Ordenanza N° 41823/ CjD/ 87. BM N° 18041
3. Ordenanza 51.475/97.
4. Ley Básica de Salud 153/99. BOCBA N° 703
5. Ley 601/2001. BOCBA N° 1232.
6. LEY N° 2.445/2007. BOCBA N° 2797
7. Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud Resolución 450/2006 MSA.-
8. Resolución N° 485-MSGC-11Requisitos y procedimientos aplicables a los proyectos y trabajos de investigación
9. Resolución N° 2122-MSGC/11 .Designación de Coordinadores Generales de las Residencias y Concurrencias.
10. Barbier, Jean Marie. LA EVALUACIÓN EN LOS PROCESOS DE FORMACIÓN. Paidós. Barcelona.1993
11. Dabas, E.; Perrone,N. REDES EN SALUD. Mimeo 1999.
12. Davini, María Cristina; Nervi, Laura; Roschke, María Alice. CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD - SERIE OBSERVATORIO DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD N ° 3.OPS/OMS. Ecuador, Quito. 2002.
13. Davini, Cristina, (et al). LAS RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD: DESAFÍOS EN EL CONTEXTO ACTUAL 1<sup>a</sup> ed. Buenos Aires: OPS. GCBA, Secretaria de Salud. UBA .Instituto Gino Germani, 2003
14. GCABA. Ex Secretaría de Educación. Dirección General de Planeamiento - Dirección de Currícula. ORIENTACIONES CURRICULARES PARA PLANES DE ESTUDIO DE FORMACIÓN SUPERIOR TÉCNICA. Documento interno. Argentina, Buenos Aires. Febrero 2006.
15. Irigoin, M.; Vargas, F. COMPETENCIA LABORAL: MANUAL DE CONCEPTOS, METODOS Y APLICACIONES EN EL SECTOR SALUDM Montevideo. Cinterfor.2002
16. Rodríguez, Patricia. LA EVALUACIÓN EN LA RESIDENCIA Y EN LA CONCURRENCIA: HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE CRITERIOS COMUNES. 2006
17. Rovere, Mario. REDES EN SALUD; LOS GRUPOS, LAS INSTITUCIONES, LA COMUNIDAD. El Ágora. Rosario-Buenos Aires.2006
18. Schön, D. LA FORMACION DE PROFESIONALES REFLEXIVOS. Paidós. Barcelona. 1997.
19. WFME. DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO. ESTÁNDARES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD Educación Medica Vol 7, suplemento 2, Julio-Septiembre 2004.
20. Bion JF, Barrett H. Development of core competencies for an international training programme in intensive care medicine. Intensive Care Med. 2006; 32:1371-83.
21. H. Barrett. J. F. Bion. An international survey of training in adult intensive care medicine. Intensive Care Med (2005) 31:553–561.
22. Tobin, Martin J.; Principles and Practice of Mechanical Ventilation. 2<sup>nd</sup> ed. Editorial McGraw-Hill 2006, p.1 – 31.
23. CoBaTrICE Project.
24. LeapFrog Group. ICU Physician Staffing Fact Sheet. <http://www.leapfroggroup.org>.
25. <http://sintra.incucai.gov.ar/>.
26. Ley Nacional de Trasplante de Órganos y Tejidos N° 24.193 y modificatoria N°

- 26.066.
27. Ley de trasplante de órganos y tejidos de CABA Nº 3294.
  28. SATI Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Edición 4to. Daniel Hugo Ceraso. Guillermo R. Chiappero. Julio Farías. Bernardo Maskin. Jorge A. Neira. Fernando Pálizas. Ignacio J. Previgliano. Fernando Villarejo. Editorial Médica Panamericana 2007.
  29. A critical look at critical care. Lancet. 2010; 376: 1273.
  30. Moreno RP, Rhodes A. Intensive care medicine: a specialty coming to LIFE. Lancet. 2010; 376:1275-6.
  31. Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Edición 4ta. William C. Shoemaker. Stephen M. Ayres. Ake G. Grenvik. Peter R. Holbrook. 2002.
  32. Frankel H, Rogers P, Gandhi R, Freid EB, Kirton OC, Murray M, et al. Committee of the Society of Critical Care Medicine. What is taught, what is tested: Findings and competency-based recommendations of the Undergraduate Medical Education. Crit Care Med. 2004; 32: 1949-56.
  33. <http://www.acls.org/>
  34. <http://www.facs.org/trauma/atls/>
  35. <http://www.survivingsepsis.org>
  36. Guidelines for critical care medicine training and continuing medical education  
Todd Dorman, MD, FCCM; Peter B. Angood, MD, FCCM; Derek C. Angus, MB, ChB, FCCM; Terry P. Clemmer, MD, FCCM; Neal H. Cohen, MD, MPH, FCCM; Charles G. Durbin Jr, MD, FCCM; Jay L. Falk, MD, FCCM; Mark A. Helfaer, MD, FCCM; Marilyn T. Haupt, MD, FCCM; H. Mathilda Horst, MD, FCCM; Michael E. Ivy, MD; Frederick P. Ognibene, MD, FCCM; Robert N. Sladen, MB, ChB, FCCM; Ake N. A. Grenvik, MD, PhD, FCCM; Lena M. Napolitano, MD, FCCM; Crit Care Med 2004 Vol. 32, No. 1.
  37. Manual de Medicina Intensiva del MGH 5Ed. Luca M Bigatello. Lippincott Williams & Wilkins, 2011.
  38. Annual Update In Intensive Care And Emergency Medicine. Edición 1era. J.L. Vincent .Springer. 2012.
  39. Martín MC, Cabré L, Ruiz J, Blanch L, Blanco J, Castillo F, et al. Monitoring Quality Indicators in Critical Patients Project Group. Monitoring quality indicators in critical patients. Intensive Care Med. 2007; 33:S117.
  40. Education of trainees in the intensive care unit. W. Christopher Croley, MD; David M. Rothenberg, MD, FCCM. Crit Care Med 2007 Vol. 35, No. 2 (Suppl.).

## APENDICE I

### CONTENIDOS GENERALES

1. **Aparato respiratorio.**
2. **Neurointensivismo.**
3. **Infectología en el paciente crítico.**
4. **Nutrición.**
5. **Nefrología.**
6. **Medio interno.**
7. **Sistema cardiovascular.**
8. **Aparato digestivo.**
9. **Trauma.**
10. **Toxicología.**
11. **Endocrinología crítica.**
12. **Obstetricia crítica.**
13. **Diagnóstico por imágenes y radiología intervencionista en el paciente crítico.**
14. **Trasplante.**

### CONTENIDOS ESPECÍFICOS POR TEMAS

#### 1. Aparato respiratorio.

- 1- Fisiopatología respiratoria.
- 2.- Monitoreo de la función respiratoria. Espirometría, gasometría arterial y venosa, oximetría de pulso, capnografía.
- 3-Generalidades de la ventilación mecánica
  - Introducción a la ventilación mecánica
  - Clasificación de los ventiladores
  - Humidificación, calentamiento y aerosolización del aire inspirado.
- 4- Interfases paciente- ventilador
- 5- Modos de ventilación mecánica
- 6- Monitoreo de la ventilación mecánica
- 7- Criterios y técnicas de desconexión de la ventilación mecánica
- 8- Fatiga de los músculos respiratorios
- 9- Analgesia, sedación y bloqueo neuromuscular en los pacientes ventilados
- 10- Lesión pulmonar inducida por la VM.
- 11- Interacción corazón- pulmón en la VM.
- 12- Distrés respiratorio del adulto SDRA.
  - Ventilación en el Distrés respiratorio del adulto.
  - Maniobras de reclutamiento.
- 13- Asma aguda.
- 14- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

- 15- Ventilación mecánica en el paciente con obstrucción al flujo aéreo.
- 16-Enfermedades neuromusculares.
- 17- Ventilación mecánica no invasiva.
- 18- Complicaciones de la ARM.
- 19- Trauma torácico.

## **2. Neurointensivismo.**

- 1-Fisiopatología de la lesión neurológica aguda.
- 2-Neuromonitoreo.
- 3-Stroke isquémico.
- 4-Hemorragia intracerebral.
- 5-Hemorragia subaracnoidea.
- 6-Coma y alteraciones del estado de conciencia.
- 7-Convulsiones en Terapia Intensiva estado de mal epiléptico.
- 8-Polineuropatía del paciente crítico
- 9-Síndrome de Guillain Barre.
- 10.-Complicaciones posoperatorias de la cirugía intracraneana.
- 11.- Complicaciones neurológicas de la cirugía cardiaca.
- 13.- Escalas de puntaje y sistemas de clasificación utilizados con frecuencia en cuidados neurocríticos.
- 14- Complicaciones sistémicas en el paciente neurocrítico.
- 15.- Muerte cerebral.

## **3. Infectología en el paciente crítico.**

- 1-Infecciones en el SNC.
- 2-Fiebre en terapia intensiva.
- 3-Neumonía grave de la comunidad.
- 4-Neumonía asociada a la ventilación mecánica.
- 5-Infecciones graves de la piel y partes blandas.
- 6-Infecciones intraabdominales.
- 7-Infecciones relacionadas con dispositivos intravasculares.
- 8-Infección en politraumatizado
- 9-Botulismo y tétanos
- 10-HIV en UTI
- 10-Neutropenia febril en UTI.
- 11- Prevención y control de infecciones en terapia intensiva
- 12- Bases farmacológicas para el uso de antimicrobianos en pacientes críticos

## **4. Nutrición.**

- 1- Fisiología de la nutrición. Modificaciones metabólicas durante el ayuno y la injuria.
- 2.- Métodos de evaluación del estado nutricional.
- 3.- Cálculo del requerimiento calórico-proteico.
- 4.- Soluciones y preparados existentes para alimentación enteral y parenteral.
- 5.- Control de la nutrición enteral y parenteral en terapia intensiva.
- 6.- Deficiencias de micronutrientes.

7.- Obesidad en el paciente en estado critico.

### **5. Nefrología.**

- 1.- Definición y fisiopatología de la insuficiencia renal aguda.
- 2.- Epidemiología y pronóstico de la insuficiencia renal aguda.
- 3.- Manejo de la insuficiencia renal.
- 4.- Tratamiento sustitutivo de la función renal en terapia intensiva.
  - Hemodiálisis intermitente
  - Terapias continuas de reemplazo renal
  - Generalidades de diálisis peritoneal
  - Tratamiento extracorpóreo en la sepsis
- 5.- El paciente con insuficiencia renal crónica en terapia Intensiva.
- 6.- Dosificación e interacciones fármaco-riñón.

### **6. Medio interno.**

- 1.- Composición hidroelectrolítica del organismo. Compartimientos. Fisiología del agua y sodio.
- 2.- Fisiopatología de estados hipo e hiperosmolares.
- 3.- Metabolismo del potasio. Etiologías, manifestaciones y tratamiento de la hipo e hipertotasemia.
- 4.- Metabolismo del magnesio, calcio y fósforo. Etiologías, manifestaciones y tratamiento los trastornos del magnesio, calcio y fósforo.
- 5.- Regulación del estado ácido-base.
- 6.- Interpretación inicial del estado ácido-base. Teoría clásica y de Stewart.
- 7.- Acidosis metabólica con anión restante elevado.
- 8.- Acidosis metabólica hiperclorémica.
- 9.- Alcalosis metabólica.

### **7. Sistema cardiovascular.**

- 1.- Anatomía y Fisiología de la Circulación Coronaria.
- 2.- Anatomía y Fisiología del Sistema de Conducción.
- 3.- Resucitación cardiopulmonar.
- 4.- Monitoreo Hemodinámico.
- 5.- Síndromes coronarios agudos.
- 6.- Pericarditis. Taponamiento Cardíaco.
- 7.- Arritmias en terapia intensiva.
- 8.- Crisis Hipertensivas: Urgencias y Emergencias Hipertensivas.
- 9.- Trombosis Venosa Profunda y Tromboembolismo Pulmonar.
- 10.- Aneurisma de aorta.
- 11.- Cuidados perioperatorios en cirugía cardiovascular.
- 12.- Shock. Fisiología y fisiopatología.
- 13.- Shock Cardiogénico.
- 14.- Shock Hipovolémico. Expansores.
- 15.- Shock séptico.
- 16.- Shock obstructivo y neurogénico.
- 17.- Disfunción multiorgánica.

## **8. Aparato digestivo.**

- 1.- Insuficiencia hepática aguda.
- 2.- Pancreatitis aguda.
- 3.- Hemorragia digestiva.
- 4.- Fístulas en terapia intensiva.
- 5.- Diarrea en Terapia Intensiva.
- 6.- Abdomen Agudo Médico.
- 7.- Abdomen Agudo Quirúrgico.
- 8.- Cuidados en Postoperatorio de Cirugía Abdominal.

## **9. Trauma.**

1. Recepción del paciente politraumatizado.
2. Categorización del paciente politraumatizado.
3. Traumatismo craneoencefálico.
4. Traumatismo raquímedular.
5. Traumatismo de tórax.
6. Traumatismo de abdomen. Tratamiento operatorio y no operatorio.
7. Traumatismo genitourinario.
8. Síndrome compartimental abdominal.
9. Traumatismo de pelvis.
10. Traumatismo de miembros.
11. Injurias térmicas.
12. Trauma en situaciones especiales.
13. Trastornos de la coagulación en trauma.
14. Analgesia en el paciente politraumatizado.

## **10. Toxicología.**

1. Medidas de descontaminación.
2. Síndromes toxicológicos: Síndrome Simpaticomimético. Síndrome Colinérgico. Síndrome Anticolinérgico; Síndrome Sedativo Hipnótico; Síndrome Opioide; Síndrome Alucinógeno; Síndrome Extrapiramidal; Síndrome Serotoninérgico y Síndrome de desacople de la fosforilación oxidativa.
3. Diagnóstico y tratamiento general y específico de los tóxicos.
4. Manejo de las víctimas en masa: medidas de descontaminación.
5. Tóxicos que no poseen síndromes específicos y que su manifestación es más tardía: Paracetamol, Raticidas, Arsénico, Talio, Etilenglicol, Metanol, Hongos silvestres, fármacos con formulaciones de liberación prolongada, Ácido Fluorhídrico y Body Packers o mulas.
6. Síndromes de abstinencia.
7. Intoxicación por Monóxido de Carbono.
8. Intoxicación por fármacos: Benzodiacepinas; Barbitúricos; Antidepresivos; Litio; Salicilatos. Diagnóstico clínico y de laboratorio. Tratamiento de sostén y específico.
9. Intoxicaciones agudas alimentarias.

## **11. Endocrinología crítica.**

- 1.- Cetoacidosis y síndrome hiperosmolar.
- 2.- Urgencias tiroideas. Coma mixedematoso-Tirotoxicosis,

3.-Función suprarrenal en el paciente crítico y en la sepsis. Insuficiencia suprarrenal. Feocromocitoma.

**12. Obstetría crítica.**

- 1.- Preeclampsia. Síndrome HELLP.
- 2.- Embolia de líquido amniótico.
- 3.- Aborto séptico

**13. Diagnóstico por imágenes y radiología intervencionista en el paciente crítico.**

- 1.- Descripción de los métodos de diagnóstico por imágenes.
- 2.- Diagnóstico por Imágenes en el Sistema Nervioso Central.
- 3.- Diagnóstico por Imágenes en el Abdomen
- 4.- Diagnóstico por Imágenes en el Tórax.
- 5.- Procedimientos intervencionistas guiados por imágenes.

**14. Trasplante.**

- 1.- Principios legales del trasplante.
- 2.- Evaluación, selección y mantenimiento del donante de órganos.
- 3.- Indicaciones de trasplante. Criterios de inclusión y exclusión.
- 4.- Complicaciones infecciosas y no infecciosas en el paciente transplantado.
- 6.- Tratamiento inmunosupresor.

## APENDICE II



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO Y CAPACITACIÓN DE PERSONAL DE SALUD

DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN PROFESIONAL Y TÉCNICA E INVESTIGACIÓN

**RESIDENCIA CLÍNICA MÉDICA CON ORIENTACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA**

**INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO**

HOSPITAL	FECHA
RESIDENTE	
EVALUADOR	AÑO DE RESIDENCIA

### INSTRUCCIONES

Marque con una cruz en la columna que corresponda en cada caso.

Escriba en el espacio de Observaciones y sugerencias todas las consideraciones particulares no contempladas en el instrumento y las recomendaciones/ orientaciones que puedan ser de ayuda al residente para su desempeño futuro.

Luego de evaluar los ítems de cada ámbito de desempeño. Ud. deberá señalar si el Residente se ha desempeñado en forma altamente satisfactoria, satisfactoria, poco satisfactoria o insatisfactoria. Con las mismas categorías deberá valorar el desempeño global.

Esta grilla debe contener todas las firmas correspondientes, de lo contrario carecerá de validez.

C/S: casi siempre	A/V: a veces	R/V: Rara vez	N/O: No observado.*	N/C: No corresponde**
-------------------	--------------	---------------	---------------------	-----------------------

\* Se utiliza en los casos en que el evaluador no haya podido observar el comportamiento esperado

\*\* Se utiliza cuando el comportamiento descrito no corresponda al nivel o año del evaluado

-1-

<b>1. DESEMPEÑO EN SALA</b>	C/S	A/V	R/V	N/O	N/C
<b>1.1. Historia Clínica</b>					
Realiza correcta y sistematizadamente el interrogatorio y examen clínico					
Plantea una correcta orientación diagnóstica					
Realiza la actualización diaria en forma ordenada, completa y refleja la evolución del paciente					
Realiza presentaciones claras y precisas en las recorridas de sala					
<b>1.2. Atención al paciente</b>					
Es cordial e inspira confianza					
Reconoce sus limitaciones y sus consultas son pertinentes					
Cumple con sus responsabilidades asistenciales					
Solicita supervisión oportuna.					
Establece una adecuada comunicación con el paciente y su entorno					
Tiene criterio de prioridad en la solicitud de exámenes					
Realiza los procedimientos con destreza					
Realiza presentaciones claras y precisas en las recorridas de sala					
<b>ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD:</b>					
<b>Altamente Satisfactorio</b>	<b>Satisfactorio</b>	<b>Poco Satisfactorio</b>	<b>Insatisfactorio</b>		
( )	( )	( )	( )		
<b>Observaciones y sugerencias:</b>					
<b>1- DESEMPEÑO EN SALA:</b>					
<b>Altamente Satisfactorio</b>	<b>Satisfactorio</b>	<b>Poco Satisfactorio</b>	<b>Insatisfactorio</b>		
( )	( )	( )	( )		

<b>2. DESEMPEÑO EN GUARDIA</b>	C/S	A/V	R/V	N/O	N/C
Cumple con normas de diagnóstico y tratamiento del servicio.					
Toma decisiones acorde a su nivel de responsabilidad.					
Desarrolla habilidades y destrezas en la atención de las situaciones críticas.					
Tiene criterio de solicitud de interconsulta.					
Solicita supervisión oportuna.					
Realiza presentaciones claras y precisas en los pases de guardia					
<b>ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD:</b>					
<b>Altamente Satisfactorio</b>	<b>Satisfactorio</b>	<b>Poco Satisfactorio</b>	<b>Insatisfactorio</b>		
( )	( )	( )	( )		
<b>Observaciones y sugerencias:</b>					
<b>2- DESEMPEÑO EN GUARDIA:</b>					
<b>Altamente Satisfactorio</b>	<b>Satisfactorio</b>	<b>Poco Satisfactorio</b>	<b>Insatisfactorio</b>		
( )	( )	( )	( )		

-3-

<b>3. DESEMPEÑO EN ACTIVIDADES ACADÉMICAS</b>	C/S	A/V	R/V	N/O	N/C
<b>3.1. Académicas</b>					
Realiza presentaciones claras y precisas					
Integra y jerarquiza la información presentada basándose en bibliografía pertinente					
Participa en discusiones					
Interviene en la elaboración de trabajos científicos					
Lee y se mantiene informado sobre temas de su especialidad					
Cumple con las tareas asignadas.					
Toma decisiones de acuerdo a su nivel de responsabilidad.					
Solicita supervisión en forma oportuna					
Mantiene buena comunicación con sus pares e intercambia ideas					
Acepta observaciones y/o críticas, reconociendo sus propias limitaciones					
Se integra a las actividades sistematizadas y no sistematizadas.					
Manifiesta interés por ampliar información					
Solicita y busca bibliografía relevante a la especialidad.					
Asiste y participa en ateneos y clases pautadas					
<b>3.2. Supervisión</b>	C/S	A/V	R/V	N/O	N/C
Supervisa a los residentes de los primeros años de acuerdo a su nivel de responsabilidad					
<b>ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD:</b>					
<b>Altamente Satisfactorio</b>	<b>Satisfactorio</b>	<b>Poco Satisfactorio</b>	<b>Insatisfactorio</b>		
( )	( )	( )	( )		
<b>Observaciones y sugerencias:</b>					
<b>3- DESEMPEÑO EN ACTIVIDADES ACADÉMICAS:</b>					
<b>Altamente Satisfactorio</b>	<b>Satisfactorio</b>	<b>Poco Satisfactorio</b>	<b>Insatisfactorio</b>		
( )	( )	( )	( )		

<b>4. FORMACIÓN COMPLEMENTARIA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
Idiomas			
Informática			
Ética			
Presentaciones en Congresos o Jornadas			
Cursos ofrecidos por diferentes instituciones reconocidas			
<b>Observaciones y sugerencias:</b>			
<b>EVALUACIÓN GLOBAL DEL DESEMPEÑO</b>			
<b>Altamente Satisfactorio</b>	<b>Satisfactorio</b>	<b>Poco Satisfactorio</b>	<b>Insatisfactorio</b>
()	()	()	()
<b>CONCLUSIONES GENERALES Y SUGERENCIAS:</b>			
<b>Firma y aclaración del Evaluador</b>	<b>Firma y aclaración del Residente</b>		
<b>Firma y aclaración del Secretario del Comité de Docencia e Investigación</b>	<b>Firma y aclaración del Jefe del Servicio</b>		
<b>Firma y aclaración Coordinador Local del Programa</b>	<b>Firma y aclaración Coordinador General</b>		

## **GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**

### **Jefe de Gobierno**

Ing. Mauricio Macri

### **Vice-jefa de Gobierno**

Lic. María Eugenia Vidal

### **Ministra de Salud**

Dra. Graciela M. Reybaud

### **Subsecretaría de Planificación Sanitaria**

Prof. Dr. Nestor Pérez Baliño

### **Directora General de Docencia e Investigación**

Prof. Dra Kumiko Eiguchi

Dr. Ricardo Rodríguez A/C

### **Dirección de Capacitación y Docencia**

### **Coordinador General de la Residencia**

Dr. Pablo Casado

### **Asesora Pedagógica:**

Lic. María Elena Bolonese

### **AUTORES DEL PROGRAMA:**

Dr. Pablo Casado

Dr. Federico Pikas

Se agradece la colaboración, para la elaboración del programa docente, de los jefes de servicio y de los jefes de residentes de las sedes de la Residencia Clínica con Orientación en Terapia Intensiva.

Este programa ha sido aprobado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por Resolución N.<sup>º</sup> 1882/MSGC/12 el 28 de diciembre de 2012