GOBIERNO DE SAN JUAN | MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

HOSPITAL RAWSON

FOLIO 1
H.P.D. DR. G. RAWSON

PROGRAMA DE RESIDENCIA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL PÚBLICO DESCENTRALIZADO DR. GUILLERMO RAWSON

SAN JUAN, ARGENTINA

FOLIO 2 H.P.D. DR. G. RAWSON

- Modalidad: Básica. Residencia de Primer Nivel.
  - Duración Total: 4 años

- Autoridades de la Residencia

  - Jefe de Servicio: Dr. Luque Daniel
  - Coordinador de Residencia: Dr. González Saffe, Ángel.
  - Jefe de Residentes: Dr. López Ignacio.

- Sede de la Residencia:

  - Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson

- Dirección:

  - Av. Rawson 494 sur. CP: 5400 Capital San Juan Argentina.

- Tel:

  - (0264) 4224005 – 4227404
  - Fax: 4223108 – 4227099

- Internos:

  - Secretaria 1126
  - Internado: 1121

- Mail:

  - traumatologiahgr@gmail.com

- Página Web:

  - www.hospitalrawson.gov.ar

FOLIO 3 H.P.D. DR. G. RAWSON

I. FUNDAMENTACIÒN

El propósito de nuestra residencia surge con la necesidad de generar profesionales comprometidos con la sociedad y así evitar la migración a otras provincias para formarse y ya no regresar, sumado a una demanda creciente de la población provincial y consulta especializada. Los gestores y promotores fueron médicos formados en la especialidad, con vocación docente, que regresaron a la provincia que los vio crecer con la convicción de generar un proyecto sólido y permanente que le permitiera al sistema de salud poder autoabastecerse de profesionales especializados y así suplir la demanda traumatológica.

Nuestra historia:

La Ortopedia y Traumatología, de desarrollo explosivo en las últimas décadas del siglo XX, es una rama relativamente nueva de la medicina. Carece por ello de una historia lineal y específica, aunque cuenta con importantes exponentes que, dentro de otras especialidades médicas, contribuyeron a su avance y formación.

Debe su nombre a la conjunción de términos griegos: Orthos, que significa recto, Paidos – niño, y Trauma – herida y Logos – razonamiento o pensamiento.

Al igual que en otras ramas de la medicina, los primeros antecedentes de la Ortopedia y Traumatología se encuentran en el papiro de Edwin Smith, del año 2800 AC, donde se describen más de cuarenta lesiones traumáticas y se define el uso de un tutor para mantener unidas las partes de un hueso fracturado.

Hipócrates (Grecia, 460-370 AC), considerado el padre de la medicina, en el Corpus Hippocraticum hace referencia a ciertas deformidades del raquis, infecciones de heridas, huesos y articulaciones, a técnicas de tracción continua, inmovilización con férulas para el tratamiento de fracturas, y evalúa el tiempo de consolidación ósea en sus obras "Tratado de las fracturas" y "Tratado de las articulaciones". En este último trabajo describe la técnica para la reducción de la luxación de hombro, acromioclavicular, temporomandibular, rodilla, cadera y codo.

Galeno (130-210), médico romano de origen griego, como consecuencia de su trabajo en la escuela de gladiadores de Pérgamo, describe su experiencia en el tratamiento de una amplia variedad de patologías traumáticas, y con el tiempo ejerce una influencia decisiva en el estudio, no sólo de la medicina general, sino también de la osteología y la fisiología neuromuscular, dejándonos términos como lordosis, cifosis y escoliosis.

Pablo de Egina (625-690), médico bizantino radicado en Alejandría, escribió el "Epítome de la Medicina", consistente en siete libros basados en los textos hipocráticos. El sexto libro trata de las fracturas y luxaciones, e incluye descripciones sobre osteotomías, laminectomías y el tratamiento quirúrgico de fracturas de rótula.

Fue Guido Lanfranco (1250-1306), cirujano milanés, quien en el año 1290 preconizó el uso de clara de huevo para endurecer vendajes, técnica que siguió utilizándose por casi 6 siglos, y si bien ya en el siglo X el persa Abu Mansur Muwaffak había descrito la utilización de yesos para inmovilizar fracturas de los miembros, agregando agua al polvo de sulfato cálcico, no es hasta 1820 que comenzó a utilizarse en Europa. El método, inicialmente un

FOLIO 4
H.P.D. DR. G. RAWSON

proceso extremadamente engorroso, fue perfeccionado en 1852 por el cirujano Holandés Antonius Mathijsen (1805-1878) mediante la creación de la venda enyesada.

En el siglo XIV existía una importante separación entre la medicina general y la cirugía. La primera era una actividad reglada que se enseñaba en las cátedras de las escuelas de medicina, y la cirugía era una actividad menor realizada por barberos que practicaban sangrías, extracciones dentarias, amputaciones y otros procedimientos por el estilo. Fue en esta época, en Francia, cuando el cirujano Guy de Chauliac (1300-1368) introdujo la tracción continua a través de pesos y poleas para la reducción de fracturas femorales.

En el siglo XVI, el francés Ambrosio Paré (1517-1590), considerado el padre de la cirugía moderna, fue el primero en describir una fractura expuesta tratada con éxito sin amputación, así como el concepto de mantener limpias las heridas para que cicatricen y curen con mayor éxito que con el método de cauterización habitual en ese momento, consistente en el volcado de aceite hirviendo en la herida. También fue el primero en describir la fractura de cuello femoral y los desprendimientos epifisarios en niños, y diseñó numerosos instrumentos que facilitaban las amputaciones.

Nicolás Andry (1658-1742), decano de la Universidad de París, utilizó por primera vez el término Ortopedia al publicar "La Ortopedia o el Arte de Corregir y Prevenir en los Niños las deformidades del cuerpo, por todos los medios al alcance de padres, madres y todos aquellos encargados de la educación de los niños", donde con procedimientos incruentos se trataban defectos posturales, retracciones musculares y alteraciones del eje de los miembros. El "Arbol de Andry", su famosa ilustración que muestra la corrección de un joven árbol ligado a una estaca o tutor, ha pasado a la posteridad como símbolo de la especialidad.

Percival Pott (1714-1788), inglés, describió, con la sola observación clínica, la fractura de tobillo que lleva su nombre y que él mismo sufriera al caer del caballo, además de otras lesiones como el mal de Pott.

Guillermo Dupuytren (1777-1835), llamado por sus colegas "El primero de los cirujanos y el último de los hombres" debido a su mal carácter, fue un francés que como cirujano jefe del Hotel Dieu de Paris alcanzó gran fama. De él nos quedan la retracción de la aponeurosis palmar, la fractura que lleva su nombre, la tenotomía para corregir la tortícolis, el primer estudio de la patología de la luxación congénita de cadera y el diagnóstico diferencial entre osteosarcoma y el tumor de células gigantes.

Durante el siglo XIX una serie de brillantes médicos prestaron especial atención a las prácticas de la especialidad, sentando bases sólidas y perdurables. Entre ellos estan Mc Ewen en Escocia, Hugh Thomas y James Paget en Inglaterra, Joseph Malgaigne, Paul Broca y Louis Ollier en Francia, Richard Von Volkmann en Alemania y NikoláiPirogoff en Rusia.En 1822, el inglés Astley Cooper (1768-1841) publicó un tratado sobre el moderno tratamiento de las fracturas.

Es justamente durante el siglo XIX cuando se produce un cambio profundo en la cultura médica general, al aceptarse a la cirugía como parte de la medicina. Esta circunstancia es acompañada por el desarrollo de la anestesia, lo que generó la posibilidad de trabajar

FOLIO 5 H.P.D. DR. G. RAWSON

sobre los fragmentos óseos expuestos y mejoró la perspectiva de resolución a cielo abierto de las fracturas. A esto se sumó que a fines del siglo XIX y principios del XX Joseph Lister (1827-1912) profundizó el concepto de antisepsia, lo que permitió una mejor respuesta de los pacientes sometidos a tratamientos cruentos.

Wilhelm K. Von Röntgen (1845-1923) obtuvo la primera radiografía en 1895, generando posibilidades hasta esa fecha insospechadas para la interpretación y tratamiento cruento e incruento de las lesiones osteoarticulares, y cambiando radicalmente la concepción de la especialidad. Las fracturas entonces comenzaron a ser diagnosticadas y descriptas con mayor precisión, y muchas afecciones de tipo degenerativo, inflamatorio o tumoral, encontraron su justo lugar en las clasificaciones entonces en boga.

Siguiendo las enseñanzas de Hugh Thomas, Robert Jones (1857-1933), en Inglaterra, sentó las bases de numerosos tratamientos como la reducción precoz de las fracturas, mientras que AlbinLambotte (1866-1955), en Bélgica, introdujo los principios de la osteosíntesis, utilizando alambres, placas y tornillos.

En Italia, mientras tanto, en el Instituto Rizzoli de Bologna, los Dres. AlessandroCodivilla (1861-1912) y Vittorio Putti (1880-1940) fundaron una escuela de trascendencia internacional que sería la cuna de decenas de especialistas que luego crearían centros en diversos países, entre ellos, varios argentinos notables.

Sin embargo, a pesar de su creciente desarrollo, a principios del siglo XX la cirugía ortopédica era aún un componente más de la clínica quirúrgica. En los Servicios de Cirugía Infantil, donde la incidencia de las deformidades congénitas y adquiridas, las osteoartritis y otras afecciones ortopédicas eran frecuentes, se ampliaban progresivamente los conocimientos de la especialidad, y el ámbito quirúrgico en que se desarrollaba su acción tuvo necesidades crecientes en relación con su enseñanza y ejecución. Tales exigencias alcanzaron rápidamente a los servicios médicos para adultos.

Las guerras, especialmente las dos Guerras Mundiales, generaron un progreso vertiginoso en la comprensión del tratamiento de las heridas y fracturas. Durante la guerra civil española, José Truetta (1897-1977), en Barcelona, comprendió que el tratamiento de las heridas graves incluía resecar los tejidos desvitalizados. El cirujano alemán GerhardKüntscher (1900-1972), diseñó y profundizó los conocimientos del clavo endomedular para el tratamiento de las fracturas de fémur y la fijación externa en el tratamiento de las fracturas abiertas. Sus métodos revolucionaron el enfoque del tratamiento de las fracturas diafisarias, permitiendo la osteosíntesis sin abordar el foco, y atrajeron rápidamente la atención del mundo.

No es posible describir la Ortopedia del siglo XX sin dedicar unos renglones al capítulo de las artroplastias. En Inglaterra, John Charnley, seguramente el exponente más notable de los pioneros en este campo, diseñó la primera cirugía de reemplazo protésico de cadera exitosa y reproducible, que actualmente es una de las intervenciones quirúrgicas más comunes y exitosas de la especialidad.

En la segunda mitad del siglo XX, la Ortopedia, gracias a la disciplina de la Rehabilitación, dejó de ser sólo una especialidad centrada en lo negativo o deficitario del estado de salud,

FOLIO 6 H.P.D. DR. G. RAWSON

para convertirse en una ciencia que busca aprovechar lo positivo y recuperar todos los aspectos del individuo.

La cirugía mínimamente invasiva, los navegadores quirúrgicos, e incluso los cada vez más abundantes y sensibles métodos de diagnóstico por imágenes, han convertido a la especialidad en una ciencia cada vez más amplia y en un arte cada vez más especializado.

En momentos en los cuales la creciente longevidad de la población y su omnipresente demanda de vivir sin dolor y en plena funcionalidad generan en el médico ortopedista presiones y desafíos crecientes, la especialidad ha logrado un nivel de desarrollo que la coloca a la altura de las circunstancias.

En Argentina:

Pedro Chutro (1880-1937), uno de los grandes de la cirugía general, acudió como voluntario a la Primera Guerra Mundial desempeñándose en el Hospital Militar Buffon de París. Ocupó sucesivamente la jefatura de Servicio en los hospitales Durand, Álvarez y Ramos Mejía donde desarrolló la carrera docente como Profesor Titular de Clínica Quirúrgica.

Enrique Finochietto (1881-1948), figura de la cirugía mundialmente distinguida, hizo de la técnica atraumática, metódica y sin apremios, una elegante modalidad operatoria que supo transmitir a sus muchos discípulos. Su obra escrita fue muy numerosa pero, mente creativa por excelencia, son sus ingeniosos instrumentos y técnicas quirúrgicas los que popularizaron su nombre en todo el mundo. Junto con su hermano menor, Ricardo (1888-1962), crearon la Escuela Quirúrgica para Graduados, donde los cirujanos acudían para someterse a un severo programa de estudio, prácticas de cirugía experimental y operaciones regladas. Muchos de sus discípulos, como los Dres. Rodolfo y Carlos Ferré, Leoncio Fernández e Isidro Castillo Odena potenciaron el desarrollo de la Ortopedia y Traumatología como especialidad.

En 1922, la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires crea en el Hospital Álvarezla primera cátedra de Ortopedia y Traumatología, con el Dr. Luis Augusto Tamini (1877-1938) como profesor titular.
Lo sucedió la Dra. Sara Satanowsky (1892-1971), primera mujer jefe de un servicio de la especialidad.

En 1938 la sucedió el Dr. José Valls (1896-1977), formado en el Instituto Rizzoli y fundador del servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Italiano de Buenos Aires y de la "Revista de Ortopedia y Traumatología", junto con el patólogo vienés Fritz Schajowicz (1911-1992) inició así una novedosa y prolífica etapa en nuestra especialidad.

Fue reemplazado al frente de la Cátedra por Carlos E. Ottolenghi (1904-1984), quien la trasladó al Hospital Italiano de Buenos Aires. La estrecha vinculación del Prof. Ottolenghi con la creación del Centro Nacional de Rehabilitación del Lisiado, bajo la dirección de José B. Cibeira, abrió nuevos horizontes al destacar la importancia de la rehabilitación en la restitución de las funciones corporales.

FOLIO 7 H.P.D. DR. G. RAWSON

José Manuel del Sel (1911-2007) sucedió en la Dirección de la Cátedra a Carlos Ottolenghi y tuvo el privilegio de trasladar la misma a las flamantes instalaciones del Hospital de Clínicas José de San Martín, donde tiene aún su sede docente y asistencial.

Mientras tanto, el 10 de Octubre de 1935, un grupo de prestigiosos especialistas en cirugía ortopédica se reunió para discutir la creación de una sociedad de carácter científico, que agrupara a todos los profesionales del país en esta rama de la cirugía, y que se dedicara al estudio de las afecciones del aparato locomotor, su fisiopatología y su tratamiento. Así es como, el 8 de Mayo de 1936, se creó la "Sociedad Argentina de Cirugía Ortopédica".

En las distintas regiones del país la ortopedia y traumatologíatuvo figuras de primer nivel. Algunos de ellos fueron los Dres. Arturo Otaño Etchevehere en Bahía Blanca, Guillermo Allende y Adolfo Fernández Vocos en Córdoba, Saúl de Azcuénaga en Santa Fe, Francisco Arena y Héctor E. Giglio en La Plata, José A. Sgrosso y José Celoria en Rosario, Ramón Peñafort en San Juan, Félix Bocco en Mendozay Mario Rodríguez Sammartino en Mar del Plata.

En 1945 se crea, en el Instituto de Semiología del Hospital de Clínicas dirigido por T. Padilla, la primera residencia de Medicina y en la década de 1950, la residencia de Cirugía en el Hospital General de Avellaneda bajo la dirección de Ricardo Finochietto. Poco tiempo después, en el Pabellón Modelo del Hospital Rawson, que era sala Cátedra de la Facultad de Medicina, comienzan las residencias en Clínica Médica.

Mario Brea, a cargo de la Cátedra de Cirugía del Hospital Durand, en 1958crea la residencia quirúrgica junto con Andrés Santas, que luego trasladan al Hospital de Clínicas.

Nuestro Servicio:

El Servicio de Ortopedia y Traumatología fue fundado el año 1982 por el Dr. Peñafort Ramon, quien se convertiría en el primer Jefe de Servicio y en su staff de profesionales se encontrarían destacados traumatólogos quienes revolucionarían la traumatología en San Juan, donde se destacaron entre otros, Dr. Aguilera Felix; Dr. Manilov Manuel; Dr. Vera Jorge ; Achilles Rodolfo. Sus primeros Residentes fueron Drs. Uliarte Alberto, Solera Juan Carlos, Gomez Gaspar; Reyna J; Yanzi Jorge. A lo largo de su historia se han formado mas de 50 profesionales, de donde surgieron grandes baluartes del arte de la ortopedia y traumatología, llegando a poder formar parte de comisiones directivas hospitalarias y ministeriales de la provincia.

El servicio de ortopedia y traumatología cuenta con un total de 46 camas, divididas en 2 sectores (Adulto y pediátrico) destinadas a patologías traumáticas que requieran internación como así también el tratamiento de infecciones. Además, consta con 4 consultorios externos para demanda espontánea y turnos programados, Sala de Yesos y Curaciones. Dispone de 2 quirófanos destinados a cirugías de programadas y 2 para cirugías de urgencias que se comparte con los demás servicios.

Este nosocomio cuenta con el Servicio de Traumatología más grande y de mayor complejidad de la provincia por lo que dispone de un staff médico de guardia y uno para internado.

FOLIO 8 H.P.D.R. G.RAWSON

II.PERFIL DEL EGRESADO:

II.1 JUSTIFICACIÓN DEL PERFIL

La Ortopedia y Traumatología en San Juan es una rama de la medicina que se ocupa del diagnóstico y tratamiento, electivo y de urgencia, de los pacientes afectados por entidades nosológicas del sistema locomotor, en todas las edades de la vida, mediante métodos invasivos y no invasivos.

De desarrollo exponencial en el último siglo, la Ortopedia y Traumatología se redefine día a día, ya que los avances científicos y tecnológicos generan el surgimiento de nuevas subespecialidades, la ultra-especialización y la realización de procedimientos cada vez más complejos fuera de los grandes centros urbanos y centros de salud de alta complejidad. Estos cambios demandan una continua revisión de la formación del médico especialista, a fin de atender las problemáticas de salud actuales y generar las condiciones para el desarrollo de la Ortopedia y Traumatología del futuro.

En la actualidad, el médico especialista en Ortopedia y Traumatología debe desarrollar una mirada integral de todo el proceso de atención del paciente, comprendiendo los aspectos quirúrgicos y no quirúrgicos como parte de un mismo abordaje, atendiendo al proceso de evolución de los pacientes, y en relación con el contexto en el que desempeña su tarea. Por ello, las acciones terapéuticas y de cuidado que realiza el médico especialista en Ortopedia y Traumatología son variadas y complejas, y abarcan, entre otras: El manejo quirúrgico y no quirúrgico; la comunicación con los pacientes, sus familias, el equipo de salud y los colegas; las adecuaciones de la atención según su experiencia y las posibilidades del entorno; los traslados; el uso de diversas tecnologías; la interacción plena con otras ramas de la salud como diagnóstico por imágenes, enfermería y fisioterapia.

El sistema de residencias médicas constituye la base de la educación médica de posgrado y es el procedimiento idóneo que permite la transición del estudiante graduado hacia el médico especializado, ya que proporciona una capacitación intensiva, gradual y supervisada. Además, es cada vez más evidente la necesidad de todos los campos urbanos de contar con médicos especialistas en Ortopedia y Traumatología adecuadamente capacitados, y en la necesidad de los postulantes de acceder a una residencia para obtener las competencias de una especialidad en continuo crecimiento.

La formación del médico especialista en Ortopedia y Traumatología requiere profundizar en una mirada epidemiológica y contextualizada en el marco de las necesidades de Salud Pública. En este sentido resulta pertinente dimensionar los problemas de salud estadísticamente relevantes que requerirán de su intervención.
El conocimiento de las diferentes entidades nosológicas del sistema locomotor es el aspecto clave para una correcta atención del paciente por el médico ortopedista, comprendiendo las características de prevalencia del entorno donde realiza su tarea, y siendo capaz de adecuar sus conocimientos y desempeño según los cambios que pudieran surgir con el paso del tiempo.

Ejemplos de los cambios arriba mencionados son el aumento de los accidentes de alta energía y de las heridas de arma de fuego, el crecimiento exponencial del tratamiento

FOLIO 9
H.P.D. DR. G. RAWSON

quirúrgico mediante artroplastias en diferentes articulaciones, los avances en medicina regenerativa y la biotecnología, e incluso la eventualidad de tener que participar de equipos de ablación de tejidos para nutrir a la creciente demanda de tejidos de banco para injerto.

Para esto el especialista en Ortopedia y Traumatología cuenta con numerosas herramientas de capacitación, perfeccionamiento y actualización, disponibles mediante su participación en las actividades de múltiples asociaciones científicas de la especialidad.

Las competencias del médico especialista en Ortopedia y Traumatología enunciadas en este marco de referencia contemplan el desarrollo de las capacidades para dar respuesta a estos problemas en forma integral, considerando las cualidades necesarias para que el especialista resultante pueda desarrollar su actividad en cualquier lugar del país de forma competente y solidaria con su entorno.

II.2. COMPETENCIA GENERAL

El Ortopedista y Traumatólogo es un médico que se especializa en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las entidades nosológicas del sistema locomotor (esqueleto apendicular, tronco y raquis) de las personas en todas las edades de la vida. Las entidades nosológicas pueden ser de distinto origen: congénito, traumático, degenerativo, inflamatorio, infeccioso, neoplásico (tumoral y pseudotumoral), alteraciones del desarrollo e idiopáticas.

El especialista en Ortopedia y Traumatología debe estar preparado para asistir y atender las patologías 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 criterios de reducción de riesgos y daños. El desarrollo de su actividad se sostiene con los criterios de conservar la vida, conservar o restituir el miembro, y conservar o restituir la función del mismo.

Gestiona sus procesos de trabajo, participa de investigaciones y construye conocimiento sobre su propia práctica en un proceso de aprendizaje permanente.

Áreas de competencia

Las Áreas de Competencia del Ortopedista y Traumatólogo se han definido por actividades profesionales que se agrupan en ámbitos de desempeño, y son las siguientes:

1. Realizar el abordaje integral de las personas para la prevención, diagnóstico y planificación del tratamiento de las entidades nosológicas del sistema locomotor, adecuando las estrategias de intervención a la situación singular del paciente y el contexto.
2. Atender al paciente con afecciones del sistema locomotor mediante prácticas clínicas teniendo en cuenta los criterios de conservar la vida, conservar o restituir el miembro y su función.
3. Atender al paciente con afecciones del sistema locomotor mediante prácticas quirúrgicas, teniendo en cuenta los factores de riesgo, los criterios de conservar la vida, conservar o restituir el miembro y su función, en cada una de las etapas:

FOLIO 10 H.P.D. DR. G. RAWSON

-Pre quirúrgico

-Quirúrgicos

-Postquirúrgico

4. Gestionar el proceso del trabajo teniendo en cuenta la organización y estructura sanitaria en la que participa con el fin de mejorar la calidad de atención.
5. Participar en actividades científico-académicas y docentes para complementar su formación básica y contribuir a la producción y difusión de nuevo conocimiento y la formación de pares.

ÁREAS DE COMPETENCIA Y COMPETENCIAS ESPECÍFICAS.

Área de Competencia 1: Realizar el abordaje integral de las personas para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico y planificación del tratamiento de las entidades nosológicas del sistema locomotor, adecuando las estrategias de intervención a la situación singular del paciente y el contexto.

Competencias específicas	***Criterios de Realización***
Orientar en prácticas de prevención y promoción de la salud	Se conoce el perfil epidemiológico de la población a cargo. Se instruye a profesionales, población general y organizaciones de la comunidad respecto a: buenas prácticas higiénicas y posturales para todas las edades de la vida. Se asesora a profesionales, población general y organizaciones de la comunidad en prevención de accidentes en todos los ámbitos y prevención de lesiones laborales, hogareñas y deportivas. Se instruye al paciente y su entorno en prevención de complicaciones ortopédicas en afecciones sistémicas.
Detectar oportunamente afecciones del aparato locomotor en todas las edades.	Se tienen en cuenta la prevalencia de las afecciones en distintas etapas de la vida. Se tienen en cuenta la prevalencia de las afecciones en distintas situaciones de la vida. Se realiza la pesquisa según protocolos semiológicos y estudios complementarios. Se realiza la pesquisa dentro del consultorio o en actividades extramuros. Se participa de programas de detección oportuna.

FOLIO 11 H.P.D. DR. G. RAWSON

Realizar el diagnóstico de las afecciones del aparato locomotor.	Se realiza una anamnesis completa teniendo en cuenta características sociales, culturales y la percepción del paciente sobre su motivo de consulta. Se realiza el examen físico completo. Se consulta la opinión de otros profesionales que hayan tratado al paciente. Se identifica la necesidad de realizar interconsultas. Se registra en la historia clínica y en otros documentos en forma clara y precisa. Se plantean los diagnósticos diferenciales. Se seleccionan racionalmente y se evalúan los estudios de diagnóstico complementarios. Se identifica el impacto que tiene la patología en la actividad de la vida cotidiana y laboral. Se evalúa el nivel de capacidad funcional del paciente según las escalas de valoración vigentes.
Definir conductas terapéuticas	Se considera la opinión del equipo multidisciplinario. Se definen conductas terapéuticas clínico-quirúrgicas, Considerando los recursos disponibles y la edad, características y necesidades de la persona. Se determina si hay necesidad de derivación

Área de Competencia 2: Atender al paciente con afecciones del sistema locomotor, mediante prácticas clínicas y procedimientos no invasivos teniendo en cuenta los criterios de conservar la vida, conservar o restituir el miembro y su función.

Competencias específicas	**Criterios de Realización**
Comunicar las recomendaciones del tratamiento.	Se explican los riesgos y complicaciones en un lenguaje comprensible, entablando relación de confianza médico/paciente/familiar según corresponda. Se brinda al paciente la información referida a las alternativas terapéuticas, haciéndolo participar en la decisión. Se respetan criterios de confidencialidad, considerando las decisiones del paciente y/o familiares según corresponda, en función de sus derechos. Se tiene en cuenta el consentimiento informado.

FOLIO 12 H.P.D. DR. G. RAWSON

Formular y prescribir tratamiento clínico.	Se indican las alternativas de tratamiento, utilizando evidencia científica y guías de procedimiento vigentes para tratamientos clínicos. Se comunica la prescripción a los profesionales y especialistas pertinentes del equipo de salud. Se realiza un plan de tratamiento personalizado a la situación nosológica del paciente. Se prescribe tratamiento kinésico, ortopédico y/o farmacológico, considerando la situación clínica general del paciente, tiempos de tratamiento y efectos adversos. Se instrumentan procedimientos para facilitar la accesibilidad a los tratamientos indicados, considerando la normativa vigente sobre coberturas y las vías de acceso a ellas. Se planifica el seguimiento del tratamiento inicial. Se tienen en cuenta y se indican pautas de autocuidado.
Comunicar al paciente y/o a sus familiares acerca de la evolución del cuadro clínico.	Se informa, utilizando lenguaje comprensible, a paciente familiares/entorno según corresponda sobre la evolución del cuadro. Se dan criterios de alarma sobre posibles complicaciones y el modo de proceder ante ellas.
Determinar el momento y las condiciones del alta.	Se tiene en cuenta la evaluación del estado general físico y psíquico y la capacidad funcional del paciente al momento del alta. Se realizan indicaciones, en forma clara y precisa para el paciente, sobre próximas consultas. Se indica tratamiento fisio-kinésico en los casos que lo requiera.

Área de Competencia 3: Atender al paciente con afecciones del sistema locomotor mediante prácticas quirúrgicas, teniendo en cuenta los criterios de conservar la vida, conservar o restituir el miembro y su función.

a) *Pre quirúrgico: Preparar al paciente quirúrgico contemplando los factores de riesgo.*

Competencias específicas	Criterios de realización
Preparar clínicamente al paciente para la cirugía.	Se evalúa el riesgo quirúrgico. Se define la oportunidad quirúrgica. Se realizan las interconsultas pertinentes con otros profesionales del equipo de salud. Se toman las medidas necesarias para optimizar el estado preoperatorio del paciente.

FOLIO 13 H.P.D. DR. G. RAWSON

Comunicar e informar las conductas quirúrgicas seleccionadas, a través del consentimiento informado.	Se explican los beneficios, riesgos, complicaciones y alternativas terapéuticas de la cirugía a realizar en un lenguaje claro y preciso, entablando relaciones de confianza médico/paciente/familiar según corresponda. Se brinda al paciente, familiares y/o tutores, según corresponda la información referida a las alternativas terapéuticas y el tratamiento para que dé su consentimiento con autonomía y dejando constancia del mismo. Se respetan criterios de confidencialidad. Se consideran las decisiones del paciente y/o familiares según corresponda, en función de sus derechos. Se transmite la información relevante de forma sintética y con lenguaje comprensible.
Planificar el acto quirúrgico	Se siguen guías de procedimiento vigentes para cirugías programadas y de urgencia. Se discute la estrategia con el equipo quirúrgico. Se seleccionan los implantes, dispositivos y tecnologías a utilizar de acuerdo a los siguientes criterios: condiciones clínicas del paciente, nivel de evidencia médica disponible, nivel de entrenamiento del equipo médico, procurando la optimización de los recursos disponibles. Se selecciona el escenario para realizar el acto quirúrgico
Preparar el escenario de la cirugía	Se completan las acciones basadas en el listado de verificación de seguridad vigente y/o institucional de la cirugía. Se verifica el equipamiento del quirófano y la provisión del material solicitado. Se verifica el cumplimiento de las normas de bioseguridad.

b) *Quirúrgicos: Atender al paciente en el acto quirúrgico, contemplando los factores de riesgo.*

Competencias específicas	Criterios de realización
Realizar el acto quirúrgico.	Se ejecuta la estrategia planificada ajustándose a técnicas de buena práctica. Se contemplan cambios de conducta, sobre la base de hallazgos intraquirúrgicos, considerando los derechos del paciente.

FOLIO 14 H.P.D.R.G. RAWSON

Conducir al equipo quirúrgico.	Se coordina la resolución efectiva del acto quirúrgico, considerando imponderables y situaciones críticas. Se desarrolla una comunicación efectiva con el equipo quirúrgico dentro del acto operatorio. Se confecciona el protocolo operatorio. Se realizan las indicaciones médicas postoperatorias.
Informar al paciente y/o a su familia sobre los resultados del acto quirúrgico.	Se comunica en forma clara y precisa al paciente, familiares y/o allegados según corresponda, los hallazgos y los resultados del procedimiento realizado. Se informa sobre las posibles complicaciones y la eventual conducta. Se indica al paciente, familiares y/o allegados sobre actividades a realizar en el postoperatorio inmediato.

c) *Postquirúrgico:*

d) *Atender al paciente durante la etapa postquirúrgica, evaluando su evolución.*

Competencias específicas	Criterios de realización
Evaluar y definir el seguimiento del paciente según su nivel de complejidad.	Se evalúa con todo el equipo de salud interviniente, los cuidados que requiere el paciente. Se define la necesidad de internación y su nivel de complejidad.
Realizar el control postquirúrgico inmediato y mediato.	Se realizan en forma escrita y verificable las indicaciones postquirúrgicas generales y particulares. Se realizan las curaciones y los cuidados pertinentes, identificando y resolviendo precozmente las complicaciones. Se realizan las interconsultas pertinentes con otros profesionales del equipo de salud, atendiendo las necesidades del tratamiento clínico. Se considera la necesidad del tratamiento del dolor.
Informar al paciente y/o sus familiares acerca de la evolución postoperatoria.	Se instruye sobre criterios de alarma ante posibles complicaciones. Se indica al paciente, familiares y/o allegados sobre actividades a realizar en el postoperatorio, de acuerdo a la evolución. Se transmite la información relevante de forma sintética y con lenguaje claro y preciso.

FOLIO 15 H.P.D. DR. G. RAWSON

Determinar el momento y las condiciones de egreso	Se tiene en cuenta la evaluación del estado general físico y psíquico y la capacidad funcional del paciente al momento del egreso. Se evalúa la necesidad de interconsulta con el equipo de Trabajo Social. Se adecuan las indicaciones, teniendo en cuenta las condiciones socioculturales y económicas del paciente. Se realizan indicaciones, en forma clara y precisa para el paciente, familiares y/o allegados, sobre pautas de alarma, próximas consultas y medicación.
Definir tratamientos complementarios.	Se coordinan tratamientos y tiempos con el equipo interdisciplinario. Se documentan por escrito las decisiones tomadas, para el conocimiento del paciente y de otros colegas. Se realiza una epicrisis detallada. Se entrega al paciente una copia de la epicrisis.

Área de Competencia 4: Gestionar el proceso del trabajo teniendo en cuenta la organización y estructura sanitaria en la que participa con el fin de optimizar la calidad de atención.

Competencias específicas	Criterios de realización
Planificar las actividades en función de las características de su ámbito de desempeño.	Se analiza el proceso de atención, teniendo en cuenta marcos legales y normas institucionales, estructuras formales e informales, vías de comunicación, recursos humanos y materiales. Se tiene en cuenta la red de servicios de diversos niveles de complejidad a fin de realizar las eventuales derivaciones. Se organizan las acciones teniendo en cuenta los tiempos, los recursos disponibles y los actores involucrados. Se organiza la agenda de cirugías programadas de acuerdo a criterios de prioridad. Se siguen las vías institucionales correspondientes para prever disponibilidad de camas y quirófanos y solicitar autorizaciones pertinentes.

FOLIO 16 DR. G. RAWSON

Organizar los recursos involucrados en las actividades específicas del servicio.	Se aplican los criterios y evidencia científica para el uso racional de los recursos. Se prevé la disponibilidad de los recursos, insumos y equipamiento necesarios para la realización de las actividades del servicio. Se realizan acciones para la gestión de los recursos, insumos y equipamientos necesarios optimizando tiempos y resultados. Se registran los procesos de trabajo. Se implementa lo planificado teniendo en cuenta situaciones imponderables de cada caso.
Proponer mejoras en los procesos de trabajo implementados.	Se monitorea la elaboración de los registros. Se analizan los instrumentos que documentan las decisiones tomadas. Se genera información para la gestión. Se evalúan los procesos de atención teniendo en cuenta acciones individuales y el funcionamiento del servicio. Se participa en actividades grupales de reflexión sobre la gestión de los procesos de atención. Se desarrollas acciones correctivas de los procesos de trabajo utilizados.

FOLIO 17 H.P.D. DR. G. RAWSON

Área de Competencia 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.

Competencias Específicas	Criterios de realización
Analizar críticamente y comunicar los resultados de la práctica profesional.	Se trabaja en base a lógicas científicas y/o racionalizando la experiencia empírica. Se conoce la evidencia médica vigente. Se consideran aspectos éticos y legales. Se realizan investigaciones básicas y/o aplicadas. Se participa en la elaboración de protocolos ante innovaciones en el ejercicio de la profesión. Se registran resultados y se realizan informes empleando distintos medios informáticos. Se solicita la validación de las investigaciones con otros miembros del equipo de salud en forma intra o interdisciplinaria y a través de los comités de Docencia, Investigación y Bioética. Se gestionan las estrategias y medios para la presentación y publicación de trabajos en congresos, jornadas, revistas y otros medios, para la divulgación científica. Se emplea lenguaje médico profesional.
Participar en acciones de educación permanente.	Se identifican las necesidades de formación y actualización. Se maneja inglés técnico aplicado a la especialidad. Se participa de jornadas, eventos, congresos y otros encuentros científicos. Se participa en ateneos clínicos, quirúrgicos, de morbimortalidad y bibliográficos. Se analizan críticamente las publicaciones científicas. Se gestionan los medios para capacitarse en el uso de tecnologías actuales y futuras para la práctica quirúrgica.
Desarrollar tareas docentes en su Ámbito de desempeño.	Se participa en acciones docentes para profesionales noveles, pares y estudiantes de grado. Se implementan los medios para adquirir competencias pedagógicas. Se asesora a otros integrantes del equipo de salud en acciones de promoción y prevención vinculadas a la especialidad.

FOLIO 18
H.P.D. DR. G. RAWSON

El residente egresado de la Residencia en Traumatología debe estar capacitado para:

- Promover la salud integral del paciente politraumatizado.
- Promover el cuidado de la salud física.
- Resolver la patología traumatológica en todas las etapas de la vida.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades congénitas.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las patologías oncológicas del sistema musculo esquelético.
- Atender el trauma menos y el poli trauma.
- Resolver las complicaciones, pre, intra y post quirúrgicas.
- Reconocer complicaciones inmediatas, mediatas y tardías en un trauma.
- Reconocer complicaciones inmediatas, mediatas y tardías en las patologías degenerativas crónicas.
- Prevenir lesiones deportivas y mejorar lesiones degenerativas.
- Promover el cuidado del sistema musculo esquelético.
- Promover el cuidado de la salud integral.

FOLIO 19 H.P.D. DR. G. RAWSON

III.OBJETIVOS DE APRENDIZAJE POR AÑO

Objetivos generales:			
1º Año	**2º Año**	**3º Año**	**4º Año**
1) Conocer el equipo de Salud y su organización. 2) Elaborar la historia clínica de internación de acuerdo a las normas del servicio. 3) Conocer las normas de seguridad y bioseguridad 4) Conocer el funcionamiento de quirófano, métodos de lavado, vestido, desplazamiento e instrumental. 5) Realizar examen clínico general. 6) Realizar el Seguimiento pre y post operatorio supervisado. 7) Actuar en pequeñas cirugías y cirugías menores. 8)Adquirir destreza y coordinación de movimientos, así como conocimiento y manejo del material de cirugía.	1) Formar parte del equipo interdisciplinario de salud y su organización. 2) Realizar intervenciones quirúrgicas mínimas como cirujano, y 1º y 2º ayudante. 3) Desarrollar habilidades para la resolución de emergencias. 4) Realizar un seguimiento efectivo de pacientes. 5) Comunicar a la paciente el diagnóstico y tratamiento a realizar. 6) Determinar patologías prevalentes por grupo etario 7) Realizar seguimiento efectivo de pacientes prequirurgicas 8) Conocer Técnica de manejo de instrumental.	1) Planificar procedimientos e intervenciones de mediana complejidad 2) Adquirir habilidades quirúrgicas mayores. 3) Realizar seguimiento de pacientes con alto riesgo quirúrgico o de post operatorio complicado. 4) Desempeñar tareas de atención de consultorio externo y de emergencias 5) Evaluar riesgo quirúrgico de acuerdo a patologías de base. 6) Trabajar con enfoque crítico y bioético teniendo en cuenta las características bio – psico socio culturales. 7) Desarrollar habilidad para trabajar en equipo y enseñar a sus residentes inferiores. 8) Trabajar activamente en actividades científicas	1) Evaluar efectividad de tratamientos instaurados. 2) Coordinar y organizar ateneos de actualización con revisión de conducta. 3) Incentivar la actividad académica. 4) Conocer las aplicaciones de cirugía miniinvasiva, indicaciones, complicaciones y limitaciones. 5) Manejar correctamente el instrumental quirúrgico. 6) Realizar seguimiento de pacientes con alto riesgo quirúrgico o post operatorio complicado. 7) Supervisar residentes y participar activamente en revista sala. 8) Evaluar, diagnosticar, y desarrollar tratamientos de patologías complejas.

FOLIO 20
H.P.D. DR. G. RAWSON

Primer Año:

Internado y SMU:

- Conocer el equipo de salud y su organización.
- Conocer el registro y funcionamiento del sistema MHO.
- Elaborar la historia clínica de internación de acuerdo a las normas del servicio.
- Realizar el seguimiento y control de las pacientes internadas, indicaciones pre y postquirúrgicas. Criterios de alta médica
- Conocer las indicaciones para las distintas patologías que se internan.
- Conocer las normas de seguridad y bioseguridad.
- Interpretar estudios solicitados.
- Desarrollar habilidades para la resolución de emergencias.
- Realizar examen clínico traumatológico básico.
- Confeccionar epicrisis en forma clara y precisa.
- Confeccionar certificados médicos laborales, traslados, defunción entre otros.
- Indicación de estudios complementarios.
- Diferenciar pacientes de manejo ambulatorio de pacientes con criterio de internación.
- Aprender a trabajar como Equipo de Salud.
- Relacionarse correctamente con la paciente y su entorno.
- Conocer el contexto socio-ambiental, económico, y cultural, en el que se desarrolla esta residencia.
- Utilizar herramientas de investigación cuantitativa y cualitativa.
- Confeccionar formularios de solicitud de prótesis, ortesis u estudios complementarios.
- Fundamentar las indicaciones y contraindicaciones de los distintos procedimientos de urgencia e internado.
- Conocer el concepto de control del daño y su aplicación en guardia e internado.
- Reconocer y diferenciar la urgencia traumatológica.
- Relacionarse correctamente con la paciente y su entorno.

Centro quirúrgico:

- Conocer el equipo de salud en quirófano, roles y funciones.
- Conocer el funcionamiento del quirófano: métodos de lavado, vestimenta aséptica, desplazamiento e instrumental quirúrgico.
- Conocer los materiales de sutura, tipos de agujas y nudos quirúrgicos; instrumentales quirúrgicos.
- Cuidados pre y post operatorios.
- En el abordaje quirúrgico: conocer las diferentes vías con sus indicaciones.
- Actuar en cirugías menores Traumatológicas: Fracturas expuestas, reducciones, tracciones esqueléticas.

Consultorio:

- Diagnosticar y tratar enfermedades más prevalentes de la especialidad.
- Desenvolverse en la atención en consultorio externo de pacientes Traumatológicos, acompañados y supervisados.
- Reconocer métodos complementarios básicos.
- Interpretar estudios solicitados.
- Realizar examen clínico traumatológico general.

FOLIO 21 H.P.D. DR. G. RAWSON

Segundo Año:

Internado y SMU

- Formar parte del equipo de salud y su organización.
- Manejar el registro y funcionamiento del sistema MHO.
- Elaborar la historia clínica de internación de acuerdo a las normas del servicio.
- Realizar el seguimiento y control de los pacientes internados, indicaciones pre y postquirúrgicas. Criterios de alta médica
- Conocer las indicaciones para las distintas patologías que se internan.
- Conocer las normas de seguridad y bioseguridad.
- Interpretar estudios solicitados.
- Desarrollar habilidades para la resolución de emergencias.
- Realizar examen clínico traumatológico básico.
- Confeccionar epicrisis en forma clara y precisa.
- Confeccionar certificados médicos laborales, traslados, defunción entre otros.
- Indicación de estudios complementarios.
- Diferenciar pacientes de manejo ambulatorio de pacientes con criterio de internación.
- Aprender a trabajar como Equipo de Salud.
- Relacionarse correctamente con la paciente y su entorno.
- Conocer el contexto socio-ambiental, económico, y cultural, en el que se desarrolla esta residencia.
- Utilizar herramientas de investigación cuantitativa y cualitativa.
- Confeccionar formularios de solicitud de prótesis, ortesis u estudios complementarios.
- Fundamentar las indicaciones y contraindicaciones de los distintos procedimientos de urgencia e internado.
- Conocer el concepto de control del daño y su aplicación en guardia e internado.
- Reconocer y diferenciar la urgencia traumatológica.
- Relacionarse correctamente con la paciente y su entorno
- Realizar derivación oportuna

Centro quirúrgico:

- Realizar intervenciones quirúrgicas mínimas como cirujano, y en cirugías de mayor complejidad 1 y 2º ayudante: tutor externo, fracturas expuestas, reducciones, etc
- Conocer los fundamentos de la cirugía artroscópica.
- Conocer las indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de artroscopia diagnóstica y terapéutica.
- Cuidados pre y post operatorios.
- Abordaje quirúrgico: conocer las diferentes vías con sus ventajas e indicaciones.

Consultorios:

- Desenvolverse en la atención en consultorio externo de pacientes Traumatológicos, acompañados y supervisados
- Determinar patología prevalente por grupo etario.
- Diagnosticar y tratar enfermedades
- Realizar un seguimiento efectivo de pacientes prequirúrgicas y postquirúrgicas.

FOLIO 22 H.P.D. DR. G. RAWSON

Tercer Año:

Internado y SMU

- Coordinar y pautar procedimientos e intervenciones
- Trabajar en base a guías de diagnóstico y tratamiento.
- Evaluar riesgo quirúrgico de acuerdo a patología de base y enfermedades preexistentes concurrentes.
- Evaluar la efectividad del tratamiento instaurado.
- Evaluar condiciones clínicas para el proceso de alta médica
- Trabajar con enfoque crítico y bioético teniendo en cuenta las características bio-psico- socio-culturales de la población y priorizando los problemas sanitarios en las distintas etapas de la vida..
- Confeccionar y entregar epicrisis, previo al egreso hospitalario.
- Desarrollar la habilidad para trabajar en equipo y de enseñar a sus residentes inferiores.

Centro quirúrgico:

- Alcanzar un desarrollo intensivo de las prácticas quirúrgicas: siendo parte del staff quirúrgico como cirujano, 1° o 2° ayudante dependiendo de la complejidad de la cirugía: osteosíntesis, plásticas ligamentarias, etc.
- Desarrollar habilidades para la resolución de emergencias.

Consultorios:

- Desenvolverse en la atención en consultorio externo de pacientes Traumatológicos
- Determinar patología prevalente por grupo etario.
- Diagnosticar y tratar enfermedades
- Realizar un seguimiento efectivo de pacientes prequirúrgicas y postquirúrgicos

FOLIO 23

Cuarto Año:

Internado y SMU

- Coordinar y pautar procedimientos e intervenciones
- Trabajar en base a guías de diagnóstico y tratamiento.
- Evaluar riesgo quirúrgico de acuerdo a patología de base y enfermedades preexistentes concurrentes.
- Evaluar la efectividad del tratamiento instaurado.
- Evaluar condiciones clínicas para el proceso de alta médica
- Trabajar con enfoque crítico y bioético teniendo en cuenta las características bio-psico- socio-culturales de la población y priorizando los problemas sanitarios en las distintas etapas de la vida.
- Confeccionar y entregar epicrisis, previo al egreso hospitalario.
- Desarrollar la habilidad para trabajar en equipo y de enseñar a sus residentes inferiores.

Centro quirúrgico:

- Alcanzar un desarrollo intensivo de las prácticas quirúrgicas: siendo parte del staff quirúrgico como cirujano, 1° ayudante dependiendo de la complejidad de la cirugía: osteosíntesis, artroplastias, etc.
- Desarrollar habilidades para la resolución de emergencias.

Consultorios:

- Desenvolverse en la atención en consultorio externo de pacientes Traumatológicos
- Determinar patología prevalente por grupo etario.
- Diagnosticar y tratar enfermedades
- Realizar un seguimiento efectivo de pacientes prequirúrgicas y postquirúrgico

FOLIO 24 H.P.D. DR. G. RAWSON

IV. CONTENIDOS POR AÑO

BLOQUES TRANSVERSALES

INTRODUCCION

En este nivel de concreción curricular quedan establecidos los conocimientos que se definen como indispensables para la especialización en Ortopedia y Traumatología. 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 sociocultural 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.

I.BLOQUES TRANSVERSALES

Los contenidos transversales abordan problemas centrales del campo de la salud y de la atención, comunes a todas las profesiones. Y contextualizan y determinan el ejercicio profesional, según tres aspectos: conceptual, procedimental y actitudinal. Esto significa que tienen un carácter teórico-práctico; es decir que la formación en estos contenidos se hace tanto en situación de la práctica, como en situaciones de clase, ateneos, talleres, etc.

Los contenidos transversales se organizan en tres ejes que destacan dimensiones en el desempeño del profesional de la salud. El primero recalca el rol del profesional como parte y actor del sistema para garantizar el derecho a la salud. El segundo subraya el vínculo del profesional con los otros sujetos de derecho que acceden a las instituciones de salud. El último enfatiza el valor de la educación permanente y de la investigación para la mejora de la atención.

Los bloques transversales incluyen contenidos relevantes para la especialidad Ortopedia y traumatología en el Área de gestión, de investigación y aprendizaje continuo.

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

- Análisis de situación de salud. Dimensión social: Complejidad y estructura preexistente. Dimensión política: Perspectivas nacional, jurisdiccional y local en el abordaje de los problemas de salud de la población. Determinantes y condicionantes de salud en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Epidemiología. La distribución del poder en las intervenciones en salud. Dimensión epistemológica: concepciones y paradigmas relacionados a la salud.
- El sistema de salud. Lógicas institucionales y organizacionales del sistema. Su dinamismo. El enfoque de calidad en la atención. El rol del profesional como agente en la transformación y aplicación de las políticas sanitarias.
- El profesional como gestor: el ciclo de la gestión. Recursos, tiempo y oportunidad en la atención de calidad. Manejo y organización de la agenda quirúrgica. Utilización de manuales de procedimientos, protocolos, registros y guías. Responsabilidad institucional en el ejercicio de la profesión. Evaluación de errores.
- Gestión en Ortopedia y Traumatología: Planificación del tratamiento ortopédico y quirúrgico. Lista de verificación pre quirúrgica. Gestión del escenario clínico quirúrgico.

FOLIO 25 H.P.D. DR. G. RAWSON

Organización de la disponibilidad y calidad de implantes. Conceptos de acción coordinada con servicios asociados a la acción quirúrgica. Registros: confección de partes quirúrgicos e historia clínica quirúrgica

- El profesional integrado al equipo para un mejor abordaje desde una perspectiva poblacional y sanitaria. El rol del equipo de salud en la construcción de la equidad y del acceso universal a la atención. La responsabilidad y la acción profesional en la generación y participación en redes de servicios, redes de atención y de cuidado. Trabajo en equipo en la especialidad de Ortopedia y Traumatología. Conducción de equipo quirúrgico.
- Encuadre de la práctica profesional en el marco de derechos y de la bioética. Responsabilidad pública del ejercicio de la profesión.
- Convenciones internacionales y nacionales. Marco normativo vigente, nacional y jurisdiccional relacionado con la salud. Actores y Organismos Nacionales e Internacionales.
- Protocolos y denuncias obligatorias del abuso o maltrato infantil, heridas de arma de fuego e intento de suicidio.
- Protocolo de denuncia de violencia doméstica.

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

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

BLOQUE 3: EL PROFESIONAL COMO PARTICIPANTE ACTIVO EN LA EDUCACIÓN PERMANENTE Y LAPRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTOS

- El trabajo como fuente de aprendizaje y conocimiento: Educación Permanente en Servicio. La institución sanitaria y los equipos de salud en la construcción de procesos de educación permanente en salud.
- La investigación como fuente de aprendizaje y conocimiento. Lógicas de investigación científica y sistematización de prácticas. Investigación clínica e investigación básica. Diferentes enfoques (Medicina Basada en la Evidencia, Investigación en Sistemas y Servicios de Salud, Investigación Sanitaria Colectiva, etc.).

FOLIO 26
H.G.D. DR. G. RAWSON

- Búsqueda y análisis de información científico-tecnológica. Redes y centros de información y documentación. Lectura comprensiva de artículos especializados en idioma extranjero. Utilización del servicio de buscadores y de traductores virtuales. Utilización de historias clínicas y registros de la especialidad como fuente de datos.
- Organización de comunicaciones científicas y presentación de datos y experiencias. Modelos y formatos de presentación de trabajos.
- Presentación de trabajos en congresos de la especialidad

II. BLOQUES PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD

BLOQUE 4: PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DEL SISTEMA LOCOMOTOR Y OTRAS CONDICIONES ASOCIADAS

Higiene postural

Anatomía y biomecánica de la cintura escapular y miembros superiores, cintura pélvica y miembros inferiores y raquis.
Ergonomía en la vida cotidiana y laboral, uso preventivo de ortesis.

Prevención de caídas y lesiones

Epidemiología de las lesiones.
Factores de riesgo y criterios para la prevención de accidentes y caídas en las distintas etapas de la vida y según capacidad funcional. Recomendaciones basadas en evidencia científica y protocolos específicos de intervención en relación al riesgo.
Riesgo de lesiones por patologías musculo esqueléticas de cualquier origen.
Determinantes sociales y condiciones de vulnerabilidad para problemáticas psicosociales (violencia doméstica, abuso y maltrato infantil), diagnóstico oportuno y aplicación de protocolos de atención vigentes con criterio de prevención secundaria y preservación de los derechos de las personas. Consulta oportuna con otros profesionales del equipo de salud.

Prevención en accidentología.

Criterios de prevención y utilización de elementos de seguridad en trabajos de riesgo.
Prevención de lesiones por accidentes viales, deportivos o domésticos. Promoción y educación preventiva.
Recomendaciones basadas en evidencia científica y protocolos específicos de intervención.

Identificación del impacto de la patología en las diferentes actividades de la vida.

Recomendaciones basadas en la evidencia científica y protocolos específicos para el manejo de las consecuencias de las lesiones del aparato locomotor. Protocolos para la evaluación de la capacidad funcional general y en torno a la capacidad laboral.

FOLIO 27 H.P.D. DR. G. RAWSON

Procedimientos y técnicas diagnósticas:

Anamnesis, examen clínico, maniobras semiológicas según grupo etario y región topográfica.
Diagnósticos presuntivos y diferenciales. Búsqueda activa de lesiones ocultas. Detección y asesoramiento en signos de alarma de maltrato, abuso infantil, violencia de género: descripción de las fracturas múltiples y traumatismos en los distintos estadios de evolución.
Detección de lesiones provocadas por proyectil de arma de fuego, herida de armas blancas.
Evaluación funcional, aplicación de protocolos

Indicación e interpretación (estudios realizados por otro especialista):

Analítica clínica.

Técnicas específicas de laboratorio según entidad nosológica.

Diagnóstico por imágenes:

Ecografías de partes blandas. Eco dopler.

Radiografías: Técnicas radiográficas específicas para entidad nosológica en estudio. Simples del segmento osteoarticular comprometido, técnicas e incidencias específicas según el hueso, articulación o área comprometida. Espinograma, medición de miembros. Radiografías estáticas–dinámicas, radiculografías, discografías, mielografía,

Radiografías sistemáticas según protocolo internacional de atención del paciente traumatizado.
Tomografía axial computarizada (TAC). Artrotomografía (artro TAC). AngioTAC. Mielo TAC
Resonancia magnética (RM) Artroresonancia (artro RM), Angio RM,
Centellograma.
Tomografía computada por emisión de fotones simples. (SPECT)
Tomografía por emisión de positrones (PET) Angiografía.
Densitometría ósea.

Estudios neurofisiológicos

Potenciales evocados.
Tractografía.
Electromiografía.

FOLIO 28
H.A.D. DR. G. RAWSON

6.1 Procedimientos:

Procedimientos óseos: osteosíntesis, osteodesis, elongación-acortamiento, osteotomías, osteoclasia, osteoplastias, resección parcial o total, reconstrucción de defectos, reducción y /o inmovilización de fracturas, técnicas de enyesados y vendajes,toma de injertos y técnicas de biopsia.

Procedimientos articulares: reparación de lesiones cápsuloligamentarias, meniscales, labrales, rodete glenoideo, artrolisis, artrodesis, sinovectomía, técnicas de reducción de luxaciones, biopsia y artroplastia e injertos.

Procedimientos musculotendinosos: reparación de lesiones traumáticas, tenolisis, transferencia, transposición, infiltraciones, tenodesis,bursectomías, biopsia e injertos.

Procedimientos Nerviosos: neurolisis, neurorrafia, transposición, sutura de la duramadre.

Procedimientos Vasculares: reparación, vasculorafias y ligaduras.

Indicación, realización e interpretación (estudios realizados por un ortopedista):

Medición de presión intracompartimental
Técnicas de punción articular (artrocentesis).
Punción biopsia ósea y de partes blandas guiada por ecografía, tomografía Computada.
Radioscopía.
Biopsia a cielo abierto (artrotomía – resección ósea – partes blandas) Bloqueos articulares, bloqueos radiculares.
Artrografías
Técnicas de infiltración diagnóstica
Fistulografía Laboratorio de marcha
Velocidad de conducción.

Procedimientos de reconstrucción plástica: injerto libre, injerto vascularizado, colgajo fasciomiocutaneo y transferencia muscular.

FOLIO 29 H.P.D. DR. G. RAWSON

6.2 Contenidos según topografía:

Se describen los procedimientos según la topografía diferenciando en tres categorías:

a) (*) el procedimiento es indicado por el residente y es realizado por un profesional ajeno a la especialidad.
b) (**) el residente participa como observador
c) el resto de los procedimientos son aquellos que el residente realiza en forma directa.

A) Cintura escapular y miembros superiores

Entidades nosológicas	Procedimientos terapéuticos específicos
Desgarro del manguito rotador y artropatía por desgarro del manguito rotador. Inestabilidad gleno-humeral. Capsulitis adhesiva. Artrosis de hombro. Patología de la articulación acromio clavicular. Patología del espacio sub acromial Patología de la articulación externo clavicular. Desgarros anteroposteriores del reborde superior del rodete glenoideo y lesiones proximales del bíceps. Epicondilitis y epitrocleitis. Rigidez del codo. Luxaciones del codo e inestabilidad recidivante. Artropatía del codo. Fracturas de la clavícula. Fracturas de escápula. Fracturas del húmero proximal. Luxofracturas del hombro. Fracturas del húmero diafisario. Fracturas del humero distal. Fractura de cúpula radial. Fractura de olecranon. Luxofracturas de codo y antebrazo. Fracturas de antebrazo. Síndrome de salida torácica. Contractura de Dupuytren Lesión de los tendones extensores. Lesión de los tendones flexores. Fracturas de los metacarpianos y las falanges Luxación y lesiones de ligamentos en los dedos. Rigidez de las articulaciones de los dedos. Artrosis de la articulación de la base del pulgar Inestabilidad del carpo. Inestabilidad de la articulación radio cubital distal.	Tratamiento farmacológico y fisiokinesioterapéutico*. Infiltraciones. Osteosíntesis.Osteodesis. Cerclajes. Manipulación bajo anestesia. Maniobras de reducción cerradas de grandes y pequeñas articulaciones en Miembros superiores. Inmovilizaciones. Técnicas de yesos. Ortésis*. Reparación abierta/artroscópica del manguito rotador. Acromioplastias. Bursectomía. Desbridamiento artroscópico.Tenodesis, tenoplástias. Reparación capsuloligamentaria/labrum abierta o artroscópica. Tratamiento quirúrgico de los defectos óseos gleno-humerales**. Hemiartroplastia. Artroplastia total. Artroplastia total reversa. Artrodesis. Plástica ligamentaria. Artroplastia por resección. Reducción abierta. Sutura del labrum. Tenodesis y tenotomía del bíceps. Rehabilitación motora *. Drenaje quirúrgico. Reparación del lecho ungueal. Amputación Liberación de contracturas. Capsulotomías y

FOLIO 30 H.P.D. DR. G. RAWSON

Fracturas de la articulación radio cubital distal Fractura de los huesos del carpo Luxofracturas del carpo Lesiones nerviosas Neuropatías por compresión Deformidades congénitas de la mano y el miembro superior.	liberaciones ligamentarias. Reparación ligamentarias y del fibrocartílago triangular. Artroplastias. Osteotomías. Neurorrafia**. Resección nerviosa**. Neurólisis**. Injertos nerviosos**. Transferencias tendinosas**. Interpretación de estudios neurofisológicos en patología de nervios periféricos. Utilidad del monitoreo neurofisiologicointraoperatorio en plexopatías periféricas. Descompresión. Transposición. Técnicas mínimamente invasivas**. Interpretación de imágenes radiográficas intraoperatorias vía control radioscópico.

B) Pelvis y miembros inferiores

Entidades nosológicas	Procedimientos terapéuticos
Pelvis Fracturas estables e inestables de pelvis y acetábulo. Patología inflamatoria de las articulaciones sacro iliaca, sacrococcígea y la sínfisis pubiana. Pelvis de Otto **Miembro Inferior** Desejes del miembro inferior. Epifisiolisis traumáticas. Pseudoartrosis. Consolidación viciosa. Osteomielitis. Lesión de nervios periféricos del miembro inferior. **Cadera y muslo** Displasia de cadera en el adulto. Alteraciones de la marcha por patología.musculo esquelética. Fractura de cadera. Luxación traumática de cadera. Luxofractura de cadera. Patología degenerativa articular Patología del labrumacetabular. Patología sinovial.	Tratamiento farmacológico y fisioterapéutico de la patología inflamatoria. Tratamiento farmacológico del dolor. Indicación de tratamiento fisioterapéutico del dolor. Tratamiento fisioterapéutico de las alteraciones de la Marcha. Tratamiento médico de fracturas estables. Técnicas de tratamientos enyesados. Ortesis* Colocación de tutor externo. Colocación de tracciones esqueléticas y cutáneas. Maniobras de reducción cerradas de grandes y pequeñas articulaciones en Miembros Inferiores. Técnicas de Osteosíntesis abierta. Técnicas de Osteosíntesis mini invasiva**. Tratamiento farmacológico y fisioterapéutico de las lesiones de nervios. Yesos pelvipédicos, calza de yeso, bota larga y corta, valvas. Biopsias óseas y de partes blandas guiada

FOLIO 31 H.P.D. DR. G. RAWSON

.esiones osteocondrales. Necrosisaséptica de cadera. Artritis séptica. Tendinopatias. Cadera en resorte. Fibrosis retráctil del glúteo Mayor. Fractura le fémur Desgarro muscular.	bajo.TomografiaAxial Computada o Radioscopía**. Técnicas de biopsia a cielo abierto**. Tratamiento del foco de seudoartrosis. Fresado endomedular. Injerto óseo estructural y molido. Alargamiento óseo**. Amputación supracondilea e infrapatelar. Fasciotomia. Debridamiento. Limpieza quirúrgica de lesiones graves de miembros, Limpieza quirúrgica de heridas de armas de fuego. Limpieza quirúrgica de fracturas expuestas. Tenotomías. Colgajos libres y vascularizados**. Uso de expansores. Injerto de piel. Tratamiento fisioterapéutico de patologías de partes blandas*. Reducción de luxación de cadera y rodilla. Abordajes quirúrgicos de cadera. Artrocentesis. Colocación de tracción de partes blandas y transosea. Osteosíntesis de cadera con placa y tornillos, clavo endomedular y tutores externos. Artroplastia de cadera parcial y total Osteotomías acetabulares**. Osteotomías varizantes, valguizante y desrotadorasfemorales proximales y distales. Transferencia de trocánter mayor. Artroscopia de cadera**. Artrodesis de cadera**. Osteosíntesis de fémur con placa y tornillos, clavo endomedular y tutores externos. Artrotomía.
Rodilla Avulsión de la Tuberosidad anterior de la Tibia Fractura de fémur distal Fractura de Hoffa Fractura de platillos tibiales Fractura de peroné proximal Fractura de rotula .esión del aparato extensor, tendón cuadricipital o tendón rotuliano. .uxación de rodilla .uxación tibio peronea .uxofractura de rodilla .uxofractura tibio peronea Patología meniscal .esiones ligamentarias Patología sinovial Patología degenerativa .esiones osteocondrales Necrosis aséptica de cóndilos femorales Genu varo – genu valgo GenuRecurvatum Rigidez articular nestabilidad rotuliana Tenopatías	
Pierna, tobillo y pie Fracturas expuestas. Síndrome Compartimental Fractura de Tibia Fractura de Peroné Trauma de tercio distal de pierna. Pilón tibial Fracturas de tobillo .esiones ligamentarias de tobillo. Entorsis. nestabilidad. Sindesmosis tibio-peronea distal Fracturas de Calcáneo Fracturas de Astrágalo .uxaciones periastragalinas Fractura luxación de Lisfranc	Osteosíntesis de fracturas de fémur distal y cóndilos femorales con placas con tornillos y enclavado endomedular. Osteosíntesis de fracturas de tibia proximal con placas con tornillos y enclavado endomedular. Sutura del aparato extensor. Técnicas de alambrado. Técnica de sutura para tejido muscular. Artroplastia de rodilla parcial y total Osteotomía varizante, valguizante y desrrotadora de

FOLIO 32 H.P.D. DR. G. RAWSON

Fracturas de metatarsianos y falanges Amputaciones traumáticas Pie plano del adulto. Insuficiencia del tibial posterior Pie Cavo Pie Reumatoídeo Pie Diabético Patología degenerativa de tobillo y retropié Artrosis de tobillo. Inestabilidad de Tobillo Tendinopatíaaquiliana Rotura de tendón de Aquiles Lesiones de tendones peroneos laterales Lesiones Osteocondrales y Pinzamiento de Tobillo Talalgias. Fascitis plantar. Enfermedad de Haglund HalluxValgus. Halluxrígidus Metatarsalgia y Neuroma de Morton Patología de dedos menores. Dedos en garra. Dedos en martillo Patología de sesamoideos	Tibia. Artroscopia de rodilla. Tratamiento abierto y artroscópico de lesiones ligamentarias. Artrodesis de rodilla**. Artrolisis. Artrocentesis. Artrotomía. Artroplastias**. Amputaciones. Cirugía de realineación rotuliana. Técnicas de reducción cerrada. Tipos de inmovilización enyesada. Limpieza mecánica – quirúrgica. Fasciotomía. Medición de presiones intracompartimentales Cierre de heridas bajo presión negativa (VAC) Osteosíntesis con clavo endomedular y placas con tornillos. Control y tratamiento de las lesiones de partes blandas. Osteotomías del tarso, artrodesis subastragalina, doble y triple artrodesis**. Transferencias tendinosas**. Tenorrafias. Tenoplastías. . Artroscopia de tobillo**. Injerto osteocondral**.

C) Columna

Entidades nosológicas	Procedimientos terapéuticos
Patología Degenerativa **Columna Cervical** Radiculopatía Cervical. Espondilosis Cervical. Estenosis de canal y mielopatía cervical. **Columna Torácica y Lumbar** Radiculopatia torácica y lumbar. Espondilosis y estenosis del canal torácico Espondilosis y estenosis del canal lumbar. **Deformidades** **Deformidades displásicas y congénitas**	Tratamiento farmacológico del dolor axial y radiculopático de columna cervical y toracolumbar. Tratamiento fisio-kinesico del dolor axial y radiculopáticode columna cervical y toracolumbar* Indicación y control del tratamiento con ortesis. Colocación de Halo** - tracción y Halo** - Chaleco**. Técnicas de bloqueo foraminal o epidural guiado por Tomografía o radioscopia**. Abordajes anteriores de columna cervical, torácica y lumbar**. Técnicas de descompresión anterior, discectomia y corpectomia**.

FOLIO 33 HOSP. DR. G. RAWSON

Trastornos congénitos de la columna cervical Cifoescoliosis congénita. Deformidades espinales en la Neurofibromatosis. Escoliosis Displasicas. Deformidades espinales en el Síndrome de Marfan. Osteogenesis Imperfecta. Síndrome de insuficiencia torácica. **Deformidad Paralitica** Deformidad espinal en la parálisis cerebral. Desordenes neuromusculares. Mielomeningocele. **Escoliosis Idiopática y Cifosis de Scheuermann.** Valoración del paciente con escoliosis idiopática infantil, juvenil y del adolescente. Cifosis de Scheuermann. **Deformidad del Adulto** Escoliosis de novo. Hipercifosis torácica. Disbalance sagital. Malformaciones arteriovenosas de columna. **Trauma** Manejo del paciente con trauma espinal Manejo del shock medular. Fracturas y luxaciones de columna cervical. Fracturas y luxaciones de columna toracolumbar. Fracturas sacras. Manejo y valoración del paciente con daño medular. **Infecciones** Espondilodiscitis específicas. Espondilitis vertebral.	Técnicas de instrumentación y fusión de columna cervical, torácica y lumbar por vía anterior**. Técnicas de corrección de deformidades y artrodesis por vía anterior**. Abordajes posteriores de columna cervical,torácica y lumbar**. Foraminotomias, Laminectomias y laminoplastias** Técnicas de corrección de deformidades y artrodesis por vía posterior**. Técnicas de reducción de fracturas y artrodesis por vía posterior. ** Técnicas de discectomia de columna cervical, toracica y lumbar. ** Técnicas de discectomíaminimamente invasiva** Técnicas de fusión intersomatica por vía posterior y transforaminal de columna lumbar. ** Osteotomías de columna cervical, torácica y lumbar**. Técnicas de reconstrucción para el tratamiento de patologíaoncológica de columna cervical, toracica y lumbar**. Técnicas de fijación al sacro y a la pelvis. ** Técnicas mínimamente invasivas lumbares. ** Vertebroplastía**. Cifoplastia**. Drenaje de abcesosprevertebrales, extradurales y retroperitoneales**. Técnicas de toma de injerto. Utilización e indicaciones de aloinjertososeos**. Técnicas de cierre bajo presión negativa (vac)

FOLIO 34 H.P.D. DR. G. RAWSON

Entidades nosológicas	Procedimientos terapéuticos
xtremidades Superiores eformidad de Sprengel arálisis del plexo braquial uxación de hombro seudoartrosiscongénita de clavícula ndrome de Poland sostosiscleidocraneana nfermedad de Panner uxación recidivante de codo ontractura en flexión de codo úbito varo steocondrolisisdisecante de la cabeza humeral uxación cabeza de radio nostósisradiocubital eformidad de Madelung Enfermedad Kienbock angliones de muñeca splasia de cúbito, ano en hendidura acrodactilia, polidactilia, sindactilia raquidactiliasinfalangismo y defomidades de los dos (dedos en gatillo)	Tratamiento Clínico. Fisioterapia y Terapias posturales*. Ortésis*, valvas, yesos y vendajes Cirugía del plexo braquial**. Neurolisis y transposiciones nerviosas**. Artrolísis**. Osteotomías**. Resección de barras óseas**. Epifisiodesis** Técnicas de elongación ósea**
iembro inferior teraciones del eje teraciones de la marcha screpancias de longitud de miembros nisomielia) enu varo – Genu valgo eficiencia de las extremidades inferiores: Tibia ra (enf. de Blount), deficiencia de tibia, ficiencia focal femoral proximal, deficiencia de roné.	Amputaciones – desarticulaciones** Plastias rotacionales**. Artroscopia, meniscectomías, sutura meniscal. Perforaciones condrales, estabilizaciones con implantes, mosaicoplastias**. Transferencias tendinosas, plicaturas, colocación de tutores externos. Osteosíntesis endomedular.
adera splasia en el desarrollo de la cadera ecrosis Avascular nfermedad de Legg – Calvé – Perthes ifisiolísis de cabeza femoral oxa vara – coxa valga ondrolisis idiopática siones del labrum ecciones específicas – Inespecíficas	Osteosíntesis con placa y tornillo. Tenotomías. Resecciones oncológicas en miembros**. Técnicas de reducción bajo anestesia. Toilette y debridamientos quirúrgicos. Técnicas de cierre bajo presión negativa (vac)
odilla y Pierna atología meniscal atología ligamentaria	Tracciones esqueléticas.

FOLIO 36 H.P.D. DR. G. RAWSON

ıtología sinovial ısiones condrales - osteocondritis astornos femororotulianos (luxación congénita) eformidades (hiperextensión congénita, curvaciones adquiridas, deformidades flexoras uromusculares), tibia arqueada seudoartrosis congénita de tibia – peroné	Osteodesis. Colgajos mio-cutáneos**. Injertos libres de piel. Injertos óseos**. Transportes óseos**. Laboratorio de Macha.
e etatarso aducto y varo Pie mecedora. alluxvalgus – varo - e zambo, pie plano, astrágalo vertical, barras sianas, pie cavo. steocondritisdisecante del astrágalo. eformidad de los dedos del pie. nicocriptosis.	
aumatismos: siones del parto y neonatales. siones Fisiarias olitraumatismos. Fracturas tológicas Fracturas puestas. siones articulares del miembro superior e erior acturas de columna acturas de pelvis y acetábulo siones traumáticas de cadera y rodilla acturas de diáfisis femoral y tibial ıxación de cadera acturas de fémur proximal ıxación de rótula ıxación de codo acturas de codo (supracondilea, epicóndilo, ndilo lateral, cabeza y cuello de radio, ecranon) acturas de Monteggia, Galeazzi acturas de radio distal y cúbito acturas del carpo, metacarpianos y falanges uemaduras	

BLOQUE 8: ATENCIÓN INICIAL DEL PACIENTE TRAUMATIZADO

Definición y diagnóstico de paciente politraumatizado. Escalas de valoración de la gravedad. Puntuación en adultos (ISS) y población pediátrica (ITP)

Evaluación inicial Etapa Pre – Hospitalaria. TRIAGE. Prioridad de tratamiento.

Evaluación Inicial Etapa Hospitalaria.

Evaluación de segundo impacto.

Control del daño.

FOLIO 36 H.D.DR.G.RAWSON

BLOQUE 9: PLAN TERAPEUTICO DE INFECCIONES DEL SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO

Entidades nosológicas	Procedimientos terapéuticos
Artritis Séptica **Osteomielitis:** A) Aguda B) Subaguda C) Crónica **Infecciones de Partes Blandas:** A) Piel B) Celular subcutáneo C) Celdas Musculares **Artroplastia infectadas** **Osteosíntesis infectadas** **Espondilodiscitis** **Tuberculosis osteoarticular** **Tuberculosis en columna (Mal de Pott)** **Infecciones en Manos**	Prevención de infecciones: pre, intra y post quirúrgicas Punción y evacuación articular. Punción ósea Artrotomías Limpieza Artroscópica Limpieza Quirúrgica Espaciadores de cemento con antibiótico Tratamientos en un tiempo y en dos tiempos

BLOQUE 10: NEOPLASIAS DEL SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO-PLAN TERAPÉUTICO

Entidades nosológicas	Procedimientos terapéuticos
Tumores Óseos Benignos Tumores formadores de hueso benignos Osteoma osteoide. Osteoblastoma. Osteoma. Tumores Formadores de Cartílago Benignos Condroma, Encondromatosis Osteocondroma Condroblastoma Fibroma Condromixoide. Tumor de Células Gigantes.	Tratamiento con Radioterapia* Tratamiento con Quimioterapia, Neoadyuvancia y adyuvancia*. Tratamientos farmacológicos paliativos * Biopsias Oseas y de partes blandas** Procedimientos intralesionales, curetaje, fenolización, criocirugia**. Resecciones marginales, ampliadas y radicales**. Equipamiento ortésico*.

FOLIO 37 H.D.J.DR. G. RAWSON

Tumores Vasculares Benignos. Hemangiomas. Linfangioma. Tumor glomico Hemangioendotelioma Hemangiopericitoma. **Tumores Óseos Malignos** Tumores Formadores de hueso malignos Osteosarcoma. Tumores Formadores de Cartílago Malignos Condrosarcoma. Condroblastoma Maligno. Tumores Medulares (de células redondas). Sarcoma de Ewing. Tumor neuroectodermico maligno Linfoma. Mieloma. Tumores Vasculares Malignos. Angiosarcoma. Hemangiopericitoma Maligno. **Otros Tumores del Tejido Conectivo** Tumores delTejido Conectivo Benignos. Histiocitoma Fibroso Benigno Lipoma. Fibroma desmoplastico (intermedio). Tumores delTejido Conectivo Malignos Fibrosarcoma. Histiocitoma Fibroso Maligno. Liposarcoma. Mesenquimoma Maligno. Leiomiosarcoma. Sarcoma Indiferenciado. Tumores Neurales Benignos. Schwanoma. Neurofibroma. Tumores Neurales Malignos. Neurofibrosarcoma. Tumores Notocordales. Cordoma. **Tumores ÓseosMetastásicos**	Osteosíntesis en fracturas patológicas**. Cirugía reconstructiva y protésica en patología tumoral**. Injertos óseos intercalares y osteoarticulares, autólogos y heterólogos**.

FOLIO 38 H.C.D. DR. G. RAWSON

BLOQUE 11: DEFECTOS DE COBERTURA – ORTOPLASTIA Y GENERALIDADES

Entidades nosológicas	**Tratamiento quirúrgico**
Defecto tegumentario.	Films de cobertura. Técnicas de cierre bajo presión negativa (vac)
Transformación de herida abierta en cerrada	Injertos cutáneos. Trasferencia de tejidos pediculares o de vecindad**. Trasferencia de tejidos libres o a distancia**.
Tipos de cobertura de defectos tegumentarios.	Piel parcial (estampillado) Piel total (suturado) Injerto mallado.
Injertos Cutáneos.	Cutáneo
Trasferencia de tejidos pediculados o de la vecindad.	Fascio - cutáneo Mio-cutáneo**. Osteo-mio-cutáneo**.
Trasferencia de tejidos libres o a distancia	
GENERALIDADES	**Tipos de colgajos según las regiones anatómicas.**
Síndrome compartimental. Gangrena gaseosa. Defectos de cobertura. Enfermedades neuromusculares. Herida grave de miembro. Heridas de armas de fuego. Poliartritis. Artropatía hemofílica. Enfermedad de Paget. Encondromatosis. Infartos Óseos.	**Colgajos Libres** Dermofasciectomía. Fasciectomía limitada estándar. Fasciectomía radical. Fasciotomía. Técnicas de suturas.Tenolisis, Injertos y transferencias. Rehabilitación postquirúrgica*.
Lesiones Pseudotumorales Quiste Óseo Simple Quiste Óseo Aneurismático Displasia Fibrosa	
Lesiones por Stress Fracturas por stress	

FOLIO 39 H.R.D. DR. G. RAWSON

Miositisosificante **Enfermedades metabólicas óseas** Osteoporosis. osteomalacia Hiperparatiroidismo Histiocitosis **Desordenes Hemorragiparos** Hemofilia Lesiones por Warfarina **Lesiones Oseas Esclerosantes** Islotes Óseos Osteopoiquilia Meloreostosis	

PRÁCTICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE LOS RESIDENTES TENDRÁN QUE REALIZAR EN EL TRANSCURSO DE SU RESIDENCIA:

La Residencia de Ortopedia y Traumatología tiene una duración mínima de 4 años. Es una residencia básica a la que se accede con título de grado: Médico.

El residente desarrolla su actividad educativa teórico asistencial con dedicación exclusiva con una carga horaria semanal de 40 horas, a la que se le suma un máximo de dos guardias semanales de 12 hs. Las guardias deberán estar separadas por un mínimo de 48 horas entre ellas. Al finalizar la guardia, el residente deberá contar con un descanso efectivo no inferior a 6 (seis) horas, el que será considerado dentro de la carga horaria semanal si correspondiera a un día laborable.

Distribución de tiempo semanal estimado por tipo de actividad:

- 70% Asistencial
- 20% Actividad académica
- 5% Gestión
- 5% Investigación

Actividades formativas

- Revistas generales de internación: se realizará al menos una vez por semana la recorrida general de sala donde los residentes presentarán los diferentes casos supervisados por el jefe de servicio y médicos de planta.
- Revista diaria de pacientes: se realizará diariamente la presentación de los pacientes del servicio supervisada por el jefe de residentes o autoridad superior.
- Ateneo clínico quirúrgico: se discutirán semanalmente los diagnósticos diferenciales y las diversas opciones terapéuticas de los casos seleccionados.

FOLIO 40
H.D.DR.G.RAWSON

- Clases teórico y prácticas de la especialidad: se realizarán al menos dos veces por semana con participación activa de los residentes y supervisión especialista.
- Ateneos bibliográficos semanales: Exposición y comentarios sobre trabajos aparecidos en publicaciones. Presentación del estado actual de la producción científica propio del servicio.
- Interconsultas y/o trabajo conjunto con otros profesionales del equipo de salud.
- Cursos internos y Externos, Jornadas, Congresos. Participación de los residentes al congreso anual de la especialidad.
- Investigaciones clínicas. A lo largo de la formación, el Residente deberá realizar de forma individual o en grupo trabajos de revisión clínico-estadístico o bien de tipo experimental sobre el temario de la Especialidad.

La actividad asistencial que el residente realiza se desarrollara de manera supervisada en los siguientes ámbitos:

- Quirófanos.
- Consultorios Externos: atención de consulta ambulatoria supervisado por residente superior o medico de planta.
- Tareas de Salas de Internación de la Especialidad.
- Actividades en Salas de Yesos.
- Actividades quirúrgicas.
- Guardias activas de la especialidad.
- Otras instituciones y/o servicios vinculados con la especialidad.

Número mínimo de procedimientos a realizar de forma supervisada:

El residente debe transitar ámbitos de práctica que le permitan desarrollar habilidades con niveles de dificultad creciente.

Respecto a los procedimientos quirúrgicos, el número de casos computables solo incluye aquellos en los que el residente cumpla la función del cirujano principal, siempre asistido por un médico de planta.

Los números son a forma orientativa, y de ninguna manera limitan a esa cantidad de procedimientos los realizados por el residente en el caso de que el servicio cuente con mayor número de cirugías, ya que el objetivo de mínima es que el residente opere, en las condiciones arriba descriptas, al menos el 30 % de los procedimientos en los que participa.

- Cirugía de baja complejidad: 20 casos.
- Cirugía de mediana complejidad: 15 casos.
- Cirugía de alta complejidad: 15 casos.
- Cirugía de trauma ortopédico: 20 casos.
- Cirugía ortopédica de Miembro superior: 10 casos.
- Cirugía ortopédica de Miembro inferior: 10 casos.
- Cirugía reconstructiva protésica de cadera: 15 casos.
- Cirugía reconstructiva de rodilla: 10 casos.
- Cirugía artroscópica: 10 casos.
- Cirugía de patología infecciosa: 10 casos.
- Procedimientos de columna (como observador integrante del equipo quirúrgico): 10 casos.
- Cirugía de Ortopedia oncológica (como observador integrante del equipo quirúrgico): 5 casos.
- Cirugía de ortopedia infantil (como observador integrante del equipo quirúrgico): 10 casos

FOLIO 41
H.P.D. DR. G. RAWSON

El listado de habilidades que antecede es orientativo a fin de que los responsables de las unidades docentes organicen la formación hacia el perfil antes mencionado de un especialista básico.

Se sugiere considerar el criterio de categorización establecido en la descripción de procedimientos.

Programa Semanal de Ortopedia y Traumatología

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mañana	7hs Valoración de paciente internado 8hs Revista de Sala 9hs Ateneo Científico	7hs Valoración de paciente internado 8hs Revista de Sala 9hs Clase residentes	7hs Valoración de paciente internado 8hs Revista de Sala 9hs Clase residentes	7hs Valoración de paciente internado 8hs Revista de Sala 9hs Clase residentes	7hs Valoración de paciente internado 8hs Revista de Sala 9hs Ateneo Científico	8hs Valoración de paciente internado 8hs Revista de Sala 9hs Guardia	8hs Guardia
Tarde	10 hs Consultorio 11 hs Quirófano 17 hs Guardia	10 hs Consultorio 11 hs Quirófano 17 hs Guardia	10 hs Consultorio 11 hs Quirófano 17 hs Guardia	10 hs Consultorio 11 hs Quirófano 17 hs Guardia	10 hs Consultorio 11 hs Quirófano 17 hs Guardia		

FOLIO 42
H.P.D. DR. G. RAWSON

Actividades académicas:

- ***Clases*:** se realizan clases teóricas: martes, miércoles y jueves a las 9hs.
- ***Revisión de casos clínicos:*** los mismos tienen por finalidad analizar críticamente el accionar en diferentes situaciones que pueden surgir en el internado y/o consultorio.
- ***Ateneos:*** se realizan ateneos interdisciplinarios con la concurrencia del jefe de servicio, médicos de planta, invitados y médicos residentes. La coordinación estará a cargo del jefe de servicio, jefe de sección y jefe de residentes. Consistirán en la presentación de historias **clínicas de pacientes, análisis crítico de las mismas, desarrollo teórico y actualización** bibliográfica.
- ***Estadística:*** Es responsabilidad de cada médico residente completar su bitácora de procedimientos clínicos y quirúrgicos. Analizar fortalezas y debilidades de los actores como así también del establecimiento para poder recomendar acciones que optimicen la formación del médico residente.
- ***Otras estrategias de aprendizaje:*** El servicio de ortopedia y traumatología realiza cursos de perfeccionamiento y actualización mediados por el Comité de Docencia e Investigación de nuestra institución; como así también, participa activamente de la actividad propuesta por la sociedad científica de Ortopedia y Traumatología de San Juan, AOTSJ.
- ***Cursos, Congresos y Jornadas:*** Se facilitará la concurrencia de los residentes a Jornadas, congresos y cursos de perfeccionamiento relacionados con la especialidad y al programa de formación, mediando la autorización de los responsables de su formación y Jefes de Servicio.
- ***Trabajos de Investigación:*** Los residentes actúan como colaboradores en tareas de investigación, en trabajos presentados por el servicio, y en la investigación clínica y terapéutica realizada por las distintas secciones del servicio. Cada residente deberá formar parte de dos trabajos de investigación y una presentación de caso clínico al año.

Equipamiento

- Mesa de fracturas.
- Artroscopio.
- Ecógrafo.
- Intensificador de imágenes.
- Radiología.
- Tomografía computada.
- Resonancia Magnética.
- Medicina nuclear.
- Hemodinamia.

GOBIERNO DE SAN JUAN | MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

HOSPITAL RAWSON

FOLIO 43 H.P.D. DR. G. RAWSON

VII. CRONOGRAMA DE ROTACIONES

Consultorio 2023/2024

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
Dr. López	Dr. Collado	Dr. Abdón	Dr.Orquera	Dr. Herrera
(Jefe Res)	(3er Año)	(4to Año)	(3er Año)	(4to Año)
Neuroortopedia	**MMSS**	**Cadera y Rodilla**	**MMII**	**Columna**
Residente	Residente	Residente	Residente	Residente
Rotante	1er Año	2do Año	1er Año	Rotante

Especialidades 2023/2024

	SEPTIEMBRE a NOVIEMBRE	DICIEMBRE a FEBRERO	MARZO a MAYO	JUNIO a AGOSTO
MIEMBRO SUPERIOR	Olivera (1º)	Infante (1º)	Collado (3º)	Orquera (3º)
TRAUMA Y TUMORES	Abdón (4º)	Herrera (4º)	Recabarren (2º)	Murad (2º)
	Infante (1º)	Olivera (1º)		
ARTROSCOPIA	Collado (3º)	Orquera (3º)	Herrera (4º)	Abdón (4º)
PIE Y TOBILLO	Herrera (4º)	Abdon (4º)	Infante (1º)	Olivera (1º)
CADERA Y RODILLA	Orquera (3º)	Collado (3º)	Abdón (4º)	Herrera (4º)
			Murad (2º)	Recabarren (2º)
COLUMNA	Recabarren (2º)	Murad (2º)	Olivera (1º)	Infante (1º)
ORTOPEDIA INFANTIL	Murad (2º)	Recabarren (2º)	Orquera (3º)	Collado (3º)

FOLIO 44
H.P.D. DR. G. RAWSON

PLAN DE ROTACIONES OPTATIVAS DE LA RESIDENCIA

Las Rotaciones Optativas tienen como propósito promover una profundización en algún área y/o temática de interés para el residente y/o introducir al residente en un campo no contemplado en el programa. Los residentes podrán solicitar que se los autorice a rotar POR UNICA VEZ por otros servicios de instituciones pertenecientes a la provincia, país o el extranjero, sean éstas públicas o privadas, teniendo en cuenta:

I°) No podrán ser solicitadas por Residentes de 1° y 2° Año de las Residencias básicas y de 1° año de post- básicas.

2°) Podrán ser solicitadas por residentes de 3° o 4° Año de residencias básicas y de 2° año de modalidad post- básica.

3°) Para poder cumplir con el propósito formativo de la rotación, el residente deberá realizar la misma en un lapso de tres (3) meses, sin posibilidad de fraccionarlo, previa autorización de la División de Recursos Humanos y Capacitación del Ministerio de Salud Pública.

4°) Si el residente realiza la rotación en el último año de su formación, la misma deberá estar terminada cuatro (4) meses antes de la finalización del ciclo formativo.

5°) El residente NO podrá abandonar la residencia, si la rotación no estuviera previamente autorizada por la División de Recursos Humanos y Capacitación del Ministerio de Salud Pública de San Juan.

EVALUACIONES:

Es de fundamental importancia realizar evaluaciones tempranas de los residentes, a fin de afianzar contenidos teóricos y prácticos. Estas tendrán como objetivo detectar, ajustar y prevenir situaciones de probable conflicto en el aprendizaje, permitiendo trabajar tempranamente en la modificación de aptitudes y contenidos. Las evaluaciones serán realizadas por los jefes de residentes, Jefes de Servicio y/o médicos de planta.

Si no se alcanzan los objetivos deseados según el programa, se notificará de la situación al residente en cuestión y a la Coordinación de Docencia. Esta notificación deberá incluir un plan de actividades que tendrán el fin de corregir los déficits detectados.

Al finalizar su año de residencia deberán tener como mínimo en cada servicio las siguientes evaluaciones:

- Un mini cex al finalizar cada rotación.
- Un mini cex final, evaluado por Jefes de Servicio y Jefe de Residencia.
- Evaluación de la exposición de clases y ateneos.
- Tres exámenes prácticos en quirófano. (DOPS)
- Dos evaluaciones por competencia.
- Un examen evaluador por rotación en la periferia
- Un examen bimensual con 50 preguntas múltiple opción, el cual se aprueba con 70% de las pregunta..
- Un examen final con tribunal por médicos de platas y jefe de residentes, que se aprueba con el 70%.

GOBIERNO DE SAN JUAN | MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

HOSPITAL RAWSON

ANEXO I

FOLIO 46 H.P.D. DR. G. RAWSON

FICHA DE EVALUACIÓN POR ROTACIÓN RESIDENCIA ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA.

Rotación: Período:

Residente Evaluado:

Año de Residencia: Puntaje:

Insuficiente			Regular		Bueno		Muy Bueno		Sobresaliente
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ítems a evaluar	
1.Asistencia	
2.Puntualidad	
3.Responsabilidad	
4.Disciplina	
5.Espíritu de iniciativa/afán de superación	
6.Preparación profesional teórica y práctica	
7.Capacidad de trabajo en equipo	
8.Conducta con los enfermeros	
9.Conducta con los superiores	
10.Conducta con el personal en general	
11.Capacidad de transmitir conocimiento	
12.Participación en clases y ateneos	
13.Evaluación y presentación de historias clínicas	
TOTAL:	

GOBIERNO DE SAN JUAN | MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

HOSPITAL RAWSON

FOLIO 46 H.P.D. DR. G. RAWSON

ANEXO II

Ficha de evaluación de presentación de clases

Residencia de Traumatología

Competencia a evaluar

Residente a evaluar: Firma:

Evaluador: Firma:

Año de Residencia:

Tema: Fecha:

Enunciados	Puntos
1.Inicia con una introducción	
2.Presenta el objetivo	
3. Organiza la información de manera lógica.	
4. Explora el conocimiento previo de la audiencia.	
5 Resalta los puntos clave del tema.	
6. Favorece la atención y el interés.	
7. Promueve la interacción con la audiencia.	
8. Su voz es audible y clara.	
9. Incluye su opinión de forma clara.	
10. Responde las preguntas de manera clara y concisa.	
11. Administra el tiempo en Forma adecuada.	
12. Expone conclusiones apropiadas.	
13. Sintetiza las ideas principales.	

Deficiente: 1 Suficiente: 2 Bien: 3 Excelente: 4

44 a 52 puntos: 10; 35 a 43 puntos: 9; 26 a 34: 8; 17 a 25 puntos: 7; 8 a 16 puntos: 6; 8 o menos: 5

GOBIERNO DE SAN JUAN | MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

HOSPITAL RAWSON

ANEXO III

FICHA DE EVALUACIÓN CLÍNICA (MINI-CEX)

FOLIO 47
H.P.D. DR. G. RAWSON

Fecha:
Evaluador:
Residente:
Problema del paciente/ Diagnóstico:
Ámbito: Ambulatorio Internación Guardia/ emergencia Otro:
Paciente: edad: ..... sexo .....

Nuevo Seguimiento/Control Complejidad: Baja Moderada Alta

Localización: ○ Historia Clínica Diagnostico Tratamiento Consejo Medico

1. Habilidades de interrogatorio medico (no observado)

Insuficiente			Regular		Bueno		Muy Bueno		Sobresaliente
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1 2 3 4 5 6 7 8 9
Insatisfactorio Satisfactorio
Superior

2. Habilidades en el examen físico (no observado)

1 2 3 4 5 6 7 8 9
Insatisfactorio Satisfactorio Superior

3. Cualidades humanísticas/profesionalismo

1 2 3 4 5 6 7 8 9
Insatisfactorio Satisfactorio Superior

4. Juicio clínico (no observado)

1 2 3 4 5 6 7 8 9
Insatisfactorio Satisfactorio Superior

5. Habilidades de asesoramiento (no observado)

1 2 3 4 5 6 7 8
Insatisfactorio Satisfactorio Superior

FOLIO 48
H.P.D. DR. G. RAWSON

6. Organización/eficiencia (no observado)

1 2 3 4 5 6 7 8

Insatisfactorio Satisfactorio Superior

7. Competencia clínica general (no observado)

1 2 3 4 5 6 7 8

Insatisfactorio Satisfactorio Superior

Tiempo del mini-CEX Observando: .....min. Dando retroalimentación…min

Satisfacción del evaluador con el mini-CEX

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Satisfacción del residente con el mini-CEX

1 2 3 4 5 6 7 8 9

.....

Firma y aclaración del evaluador

Firma y aclaración del evaluado

GOBIERNO DE SAN JUAN | MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

HOSPITAL RAWSON

FOLIO 49 H.P.D. DR. G. RAWSON

ANEXO IV

FICHA DE EVALUACIÓN DE ROTACIÓN EN CENTRO DE SALUD PERIFÉRICO

NOMBRE Y APELLIDO:
AÑO DE RESIDENCIA:
PERIODO DE EVALUACIÓN: .../...../..... - ...../...../.....
Categoría de la grilla: **1**: Casi siempre **2**: A veces **3**: Rara vez

N/O: No Observado. Se utiliza en los casos en el que el evaluador no haya podido observar el comportamiento.

N/C: No Corresponde. Se utiliza cuando el comportamiento descripto no corresponde al nivel o año evaluado.

	1	2	3	N/C	N/O
HABILIDADES Y DESTREZAS EN EL CENTRO DE SALUD					
Cumple con sus actividades en el centro de salud					
Utiliza correctamente la historia clínica familiar orientada a problemas					
Realiza adecuadamente la anamnesis, examen físico y procedimientos o prácticas con un abordaje integral del paciente					
Realiza seguimiento longitudinal del paciente					
Realiza una orientación diagnóstica adecuada					
Formula un plan de manejo coherente con el diagnóstico considerando riesgos, beneficios y costos					
Prioriza los problemas					
Obtiene y utiliza la información actualizada pertinente para su desempeño profesional y práctica clínica					
Se responsabiliza de sus tareas y de sus pacientes					
Afronta y da respuestas a situaciones problemáticas					
Se demuestra interesado en el abordaje de problemáticas sociales complejas					
Solicita supervisión oportuna					

FOLIO 50 H.P.D. DR. G. RAWSON

Es competente para planificar y organizar					
Establece una adecuada articulación con los otros niveles de salud (secundarios, terciarios)					
Se muestra interesado en la planificación estratégica en salud					
HABILIDADES PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS Y PREVENCIÓN					
Realiza las tareas de promoción programadas					
Contextualiza el ejercicio de su práctica profesional.					
Desarrolla capacidades para la comunicación con el paciente o grupo de pacientes					
Establece buenas relaciones con los actores y las instituciones más importantes de la comunidad.					

APTITUDES RELACIONADAS CON EL EQUIPO DE SALUD					
Establece y sostiene comunicación permanente y respetuosa con todo el equipo de salud					
Desarrolla una adecuada cooperación en el trabajo en equipo					
Realiza interconsultas y derivaciones oportunas					
Considera a todos los que trabajan en el centro de salud como parte importante de la salud					
Observaciones					

Asistencia y Puntualidad					
DESEMPEÑO EN EL CENTRO DE SALUD					
Altamente Satisfactorio					
Satisfactorio					
Poco Satisfactorio					
Insatisfactorio					

FOLIO 51 H.P.D. DR. G. RAWSON

....

Firma y aclaración del evaluador

Firma y aclaración del evaluado

GOBIERNO DE SAN JUAN | MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

HOSPITAL RAWSON

FOLIO 52 H.P.D.R. G. RAWSON

ANEXO V

FICHA DE EVALUACIÓN EN QUIRÓFANO

Nombre del Residente:
Año de Residencia:
Fecha:
Lugar:
Evaluador:
Área:

Objetivo: Que el/la residente muestre a través de la misma lo aprendido en la rotación, para poder realizar devoluciones y corregir errores, favoreciendo el aprendizaje.

Se tildará con una cruz si el residente realiza correctamente la acción descripta (no se marcará cuando la realice en forma incorrecta o incompleta). Nivel de exigencia:
80% Actividad a evaluar: **Etapa 1.**
Prequirúrgica

Acción	**Realiza**
Confirma la indicación del procedimiento.	
Utiliza lenguaje claro con la paciente y sus familiares, para explicar el procedimiento.	
Ofrece la posibilidad de formular preguntas.	
Explica y hace firmar el consentimiento informado.	
Conoce la paciente (hemograma, grupo y factor, estudios complementarios)	
Preparación de la paciente. Indicación de sonda vesical, indicación de vía parenteral. (si corresponde)	

Etapa 2. Quirúrgica.

Acción	Realiza
Lavado de manos, tres tiempos.	
Colocación correcta de guantas y camisolín estéril.	
Conocer el armado de mesa de instrumentación.	
Asepsia y antisepsia.	
Colocación de campos estériles.	
Pregunta a anestesiólogo si puede proceder.	

FOLIO 53 H.P.D. DR. G. RAWSON

Conocimiento de la técnica quirúrgica.	
Pregunta a anestesiólogo cómo está la paciente.	
Se mostró cordial y respetuoso con personal de quirófano.	
Acompaña a la paciente a sala de recuperación.	

Etapa 3. Postquirúrgico.

Acción	**Realiza**
Continúa en quirófano hasta recuperación de paciente	
Llena hoja de Anatomía patológica (en caso de corresponder).	
Realiza prescripciones.	
Habla y explica a familiares.	
Completa el parte quirúrgico	

Observaciones:

Firma del evaluador.

Firma del residente.

Firma del residente.

GOBIERNO DE SAN JUAN | MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

HOSPITAL RAWSON

FOLIO 54 H.P.D. DR. G. RAWSON

ANEXO VI

EVALUACIÓN POR COMPETENCIAS A MÉDICO RESIDENTE DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL DR. G. RAWSON.

RESIDENTE:
AÑO DE RESIDENCIA:
EVALUADOR:
FECHA DE EVALUACIÓN:
CÓDIGO DE EVALUACIÓN:

- EVALUACIÓN NO SATISFACTORIA: varios comportamientos recogidos en cada competencia realizados de manera pobre (valores: 1, 2, 3).
- EVALUACIÓN SATISFACTORIA: mayoría de comportamientos recogidos en cada competencia realizados de forma adecuada (valores: 4, 5, 6)
- EVALUACIÓN SUPERIOR: todos los comportamientos recogidos en cada competencia realizados muy bien (valores: 7, 8, 9)

COMPETENCIA: PROFESIONALISMO									
1-Acepta responsabilidades y tareas	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Acepta responsabilidad; es diligente y fiable; completa los encargos de forma pronta; responde a los requerimientos de forma pronta y atenta.								
2-Ejerce dentro de sus posibilidades	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Reconoce los límites de sus habilidades; solicita ayuda cuando lo necesita; deriva pacientes de forma apropiada; ejerce autoridad de acuerdo a su posición y/o experiencia.								
3-Respeta las necesidades del paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Es sensible frente a cuestiones raciales, de edad, de género, discapacidades y minusvalías; proporciona cuidados adecuados considerando peculiaridades								

FOLIO 55 H.P.D. DR. G. RAWSON

	culturales, religiosas o de nivel socioeconómico.								
4-Integridad / ética	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Se responsabiliza de sus actos; admite posibilidad de errar; antepone los intereses del paciente a los propios; reconoce y aborda los dilemas éticos y conflictos de intereses; mantiene la confidencialidad del paciente.								
COMPETENCIA: RELACIONES INTERPERSONALES / COMUNICACIÓN									
5-Demuestra cuidado y preocupación por pacientes y familiares.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Responde de forma apropiada a las emociones del paciente y familiares:								
	establece compenetración; proporciona consuelo; es respetuoso y considerado.								
6-Se comunica eficazmente con pacientes y familiares.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Permite que el paciente cuente su propia historia; escucha alternativamente; emplea lenguaje no técnico en sus explicaciones y consuelos; involucra al paciente o familiares en la toma de decisiones; fomenta cuestiones y pregunta si se le ha comprendido.								
7- Se comunica eficazmente con otros profesionales médicos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Realiza registros completos y legibles; redacta notas clínicas e interconsultas claras y concisas; hace presentaciones organizadas y concisas de la información del paciente; da presentaciones claras y bien preparadas en revista de sala.								

FOLIO 56
H.P.D. DR. G. RAWSON

8- Trabaja eficazmente con otros miembros del equipo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	Demuestra cortesía y consideración con los adjuntos y otros miembros del equipo; invita a otros a expresar sus conocimientos y opiniones; solicita sin ser demandante; negocia y se compromete cuando hay desacuerdo; maneja los conflictos de forma constructiva.
COMPETENCIA: CONOCIMIENTOS MÉDICOS	
9-Demuestra conocimientos médicos básicos	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	Es capaz de identificar y discutir la fisiopatología de los procesos traumatológicos; puede discutir con coherencia el diagnóstico, d. diferencial y tratamiento de los problemas ortopédicos más comunes; aplica conocimientos para solventar dilemas clínicos/quirúrgicos; comprende racionalmente la variedad de abordajes a los problemas clínicos/quirúrgicos.
10- Actualización de conocimientos	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	Busca información en la literatura; realiza citas novedosas de la literatura con propiedad; realiza preguntas con base científica.
11-Usa el conocimiento y el pensamiento analítico para conducir las cuestiones clínicas	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	Emplea técnicas adecuadas para cada problema; demuestra juicio clínico; aplica abordaje analítico a las situaciones clínicas.
COMPETENCIA: APRENDIZAJE BASADO EN LA PRÁCTICA Y MEJORAS	

FOLIO 57 H.P.D. DR. G. RAWSON

12-Analiza la práctica para identificar áreas de mejora.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	Realiza análisis de casos, revisión de hojas operatorias; compara sus resultados con los de las guías aceptadas; refleja incidentes críticos para identificar debilidades y puntos fuertes; monitoriza los efectos de los cambios en la práctica y las mejoras.

13-Se dedica activamente al aprendizaje	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	Aprende a reorientar los puntos débiles; busca feedback; hace lectura extra y práctica quirúrgica extra cuando lo precisa; busca información en la literatura; evalúa críticamente las evidencias de la investigación para su aplicación al cuidado del paciente; usa las tecnologías de la información como recurso de apoyo al aprendizaje.

14-Implementa actividades de mejora.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	Modifica los patrones de su práctica y comportamientos en respuesta al feedback; aplica nuevas técnicas o conocimientos al cuidado del paciente; adapta las evidencias de investigación a cada paciente individualmente; usa las tecnologías de la información para mejorar los cuidados del paciente.

15-Facilita el aprendizaje de otros.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	Explica razonamientos clínicos y procedimientos a residentes posteriores, rotantes y estudiantes; proporciona información clínicamente útil y recursos a los aprendices.

FOLIO 58 H.P.D. DR. G. RAWSON

COMPETENCIA: CUIDADOS DEL PACIENTE									
16-Demuestra manejo y asesoramiento del paciente externo	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	Hace historias clínicas completas y rigurosas; realiza exploración física apropiada y minuciosa; solicita pruebas de laboratorio y estudios complementarios de manera adecuada; integra la información de forma coherente; establece diagnósticos diferenciales apropiados.								
17-Manejo del paciente hospitalizado	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Desarrolla una evaluación apropiada y adecuados planes de tratamiento pre y postoperatorios; se anticipa a las								
	necesidades del paciente hospitalizado; identifica y maneja de forma eficiente los problemas clínicos en el postoperatorio; redacta órdenes médicas claras y apropiadas; planifica adecuado plan de seguimiento al alta cuando es preciso.								
18-Preparación para casos quirúrgicos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Es capaz de discutir los fundamentos y riesgos de los casos quirúrgicos más habituales, se documenta con anterioridad sobre los procedimientos quirúrgicos a realizar; demuestra conocimientos sobre los pasos quirúrgicos principales y el instrumental básico en casos quirúrgicos específicos.								
19-Demuestra destreza quirúrgica en procedimientos endoscópicos	1	2	3	4	5	6	7	8	9

FOLIO 59 H.P.D. DR. G. RAWSON

	Demuestra competencia y habilidad técnica durante los procedimientos endoscópicos (artroscopia).								
20- Demuestra destreza quirúrgica en procedimientos abiertos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Demuestra competencia y habilidad técnica durante los procedimientos quirúrgicos abiertos más comunes.								

COMPETENCIA: PRÁCTICA BASADA EN SISTEMAS / PROMOTOR DE SALUD									
21-Proporciona cuidados médicos conociendo costes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Toma en consideración los costos/beneficios de los test y procedimientos; no solicita pruebas innecesarias; respeta los patrones de tratamiento establecidos.								
22-Trabaja fomentando la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Identifica causas de errores médicos; se anticipa y responde a los problemas en el cuidado de los pacientes; respeta los protocolos quirúrgicos que aumentan la seguridad del paciente; acepta las aportaciones del resto del equipo de terapeutas.								
23-Coordina cuidados con otros promotores de salud.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Consulta cuando es necesario; se comunica con otros terapeutas; resuelve diferencias en los planes de tratamiento; concilia consejos contradictorios.								
24-Facilita el cuidado del paciente en la comunidad de la salud.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

FOLIO 60

H.P.D. DR. G. RAWSON

	Comprende diferentes opciones terapéuticas y prácticas médicas; garantiza el
	conocimiento del paciente de las diversas opciones terapéuticas; hace derivaciones apropiadas; ayuda con acuerdos y sigue para asegurar cuidados apropiados.

RESIDENCIA DEL EQUIPO DE SALUD
DIV. RECURSOS HUMANOS Y CAPACITACION
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA - SAN JUAN
APROBADO
Copia Fiel - Expte. N° 802-002338 Año 2023 F° 60

Dra. ANDREA PEREZ PAZO
JEFA DIV. RECURSOS HUMANOS
Y CAPACITACIÓN
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
SAN JUAN

GOBIERNO DE SAN JUAN | MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

HOSPITAL RAWSON
Hospital Público Descentralizado de Alta Complejidad

comité de docencia e investigación

Programa de Residencia

Residencia:	Ortopedia y Traumatología
Modalidad:	Básica
Duración:	4 años
Año de apertura:	
Cantidad de hojas:	60

Dr. DANIEL G. LUQUE
Mat. Prof.: 2327

.....

Jefe de Servicio

Dra. MUÑOZ CRISTINA
PEDIATRA
M.P. 2814

.....

Comité de Docencia e Investigación

Dr. JORGE GIRÓN
DIRECTOR EJECUTIVO
HOSP. PUB. DESC. DR. G. RAWSON

.....

Dirección Ejecutiva

RESIDENCIA DEL EQUIPO DE SALUD
DIV. RECURSOS HUMANOS Y CAPACITACION
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA - SAN JUAN
APROBADO
Copia Fiel - Expte. N° 802 - 002338 Año 2023 F° 60

DRA. ANDREA PEREZ PAZO
JEFA DIV. RECURSOS HUMANOS
Y CAPACITACIÓN
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
SAN JUAN