**EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS DEL MÉDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO Y PRODUCTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 1** | |
| **ESTANDAR DE COMPETENCIA** | 1. Realizar acciones de prevención en patologías clínico quirúrgicas, según corresponda. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE PREVENCIÓN EN PATOLOGÍAS CLÍNICO QUIRÚRGICAS DEL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR** |

# INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:

1. **Observe al Médico residente durante la realización de actividades de IEC dirigidas a la prevención de patologías clínico quirúrgicas.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de dar comentarios del desempeño durante la evaluación.
4. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
5. Si algún rubro de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente deben consignar su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | |
| --- | --- | --- |
|  | |
| **Cumple** | |
| **SI** | **NO** |
| **DURANTE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE IEC DIRIGIDAS A LA PREVENCIÓN DE PATOLOGÍAS CLÍNICO QUIRÚRGICAS:** |  |  |
| 1. Interviene proactivamente en la Elaboración de un Plan de IEC dirigido a la prevención de patologías clínico quirúrgicas y sus complicaciones, con todos sus componentes. |  |  |
| 1. Interviene proactivamente en la programación de las acciones del Plan de IEC dirigido a la prevención de patologías clínico quirúrgicas y sus complicaciones, en el adulto o adulto mayor, a nivel individual y colectivo. |  |  |
| 1. Promueve en el equipo de cirugía el desarrollo de las actividades del Plan de IEC dirigido a la prevención de patologías clínico quirúrgicas y sus complicaciones, a nivel individual y grupal, dentro y fuera del establecimiento de salud. |  |  |
| 1. Ejecuta las actividades del Plan de IEC dirigidas a la prevención de patologías clínico quirúrgicas y sus complicaciones, a nivel individual. |  |  |
| 1. Ejecuta las actividades del Plan de IEC dirigidas a la prevención de patologías clínico quirúrgicas y sus complicaciones, a nivel grupal. |  |  |
| 1. Verifica en el público objetivo la comprensión de los mensajes |  |  |
| 1. Utiliza material educativo acorde a la acción de IEC |  |  |
| 1. Analiza y evalúa los resultados de las actividades realizadas, tomando como referencia los objetivos del Plan. |  |  |
| 1. Elabora el informe de las actividades realizadas y efectúa recomendaciones. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **UN INFORME ACCIONES DE IEC DIRIGIDO A LA PREVENCIÓN DE PATOLOGÍAS CLÍNICO QUIRÚRGICAS Y SUS COMPLICACIONES EN EL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR** |

# INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:

1. **Revise el Informe de acciones de IEC dirigido a la prevención de patologías clínico quirúrgicas y sus complicaciones, en el paciente adulto y adulto mayor, realizada por el Médico residente.**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si algún rubro de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente deben consignar su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | |
| --- | --- | --- |
|  | |
| **Cumple** | |
| **SI** | **NO** |
| **EL INFORME DE ACCIONES DE IEC DIRIGIDO A LA PREVENCIÓN DE PATOLOGÍAS CLÍNICO QUIRÚRGICAS Y SUS COMPLICACIONES EN EL**  **PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR CONTIENE:** | | |
| 1. La justificación del Plan |  |  |
| 1. El público objetivo (audiencia) |  |  |
| 1. Las Instituciones participantes (socios, si el caso lo amerita) |  |  |
| 1. Los objetivos generales y objetivos específicos. |  |  |
| 1. Las estrategias aplicadas. |  |  |
| 1. El ámbito de intervención. (dentro o fuera del establecimiento de salud) |  |  |
| 1. El cronograma de ejecución del Plan. |  |  |
| 1. La relación del personal que participó en la ejecución de cada actividad, según su nivel de responsabilidad. |  |  |
| 1. La relación de recursos materiales y equipos, utilizados para el desarrollo de cada actividad. |  |  |
| 1. El listado de actividades realizadas |  |  |
| 1. El conjunto de mensajes técnicos relacionados con prevención de patologías clínico quirúrgicas y sus complicaciones en el paciente adulto o adulto mayor. |  |  |
| 1. Los resultados inmediatos obtenidos con las acciones ejecutadas |  |  |
| 1. Las conclusiones de la actividad |  |  |
| 1. Las recomendaciones para futuras acciones similares |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 2** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Atender quirúrgicamente al paciente adulto y adulto mayor, con patología benigna y maligna del aparato digestivo, mediante cirugía electiva o de emergencia, **en base a las guías clínicas o protocolos vigentes.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 2.1 Diagnosticar al paciente adulto y adulto mayor con patología quirúrgica benigna y maligna del aparato digestivo. |
| 2.2 Realizar el pre operatorio al paciente adulto y adulto mayor con patología quirúrgica benigna y maligna del aparato digestivo. |
| 2.3 Realizar la intervención quirúrgica convencional y laparoscópica indicada, al paciente adulto y adulto mayor con patología quirúrgica benigna y maligna del aparato digestivo. |
| 2.4 Realizar el seguimiento post operatorio y manejo de complicaciones, del paciente adulto y adulto mayor con patología benigna y maligna del aparato digestivo. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA AL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR, CON PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA DEL APARATO DIGESTIVO** |

# INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:

1. **Observe al Médico residente durante la atención quirúrgica al paciente adulto y adulto mayor, con patología benigna y maligna del aparato digestivo.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de dar comentarios del desempeño durante la evaluación.
4. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
5. Si algún rubro de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente deben consignar su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la anamnesis en forma integral. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el examen clínico en forma integral, con énfasis en el examen regional y en función del cuadro clínico. |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes de apoyo al diagnóstico, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas en forma oportuna, de acuerdo al diagnóstico presuntivo. |  |  |  |  |
| 1. Solicita o realiza los procedimientos diagnósticos de acuerdo a protocolos establecidos. |  |  |  |  |
| 1. Interpreta adecuadamente los informes de los exámenes de apoyo al diagnóstico, de las interconsultas y de los procedimientos. |  |  |  |  |
| 1. Establece el diagnóstico definitivo (si es el caso) con base en la anamnesis, los hallazgos del examen clínico y los resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Determina la necesidad de solución quirúrgica y el tipo de intervención a realizar. en base a una evaluación integral y consensuada. |  |  |  |  |
| 1. Informa al paciente y familia acerca de su situación, tipo de operación, probables complicaciones y riesgos, de acuerdo a la intervención quirúrgica propuesta. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la historia clínica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, cuando corresponda. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL PRE OPERATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Elabora el plan de intervención quirúrgica según el diagnóstico y la situación clínica del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Obtiene el consentimiento informado del paciente, familiar responsable o representante legal. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los estudios preoperatorios. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos preoperatorios. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas pre operatorias. |  |  |  |  |
| 1. Aplica las técnicas de asepsia previas al acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA INTERVENCION QUIRÚRGICA** |  |  |  |  |
| 1. Aplica la lista de chequeo de Cirugía segura, **de entrada**. |  |  |  |  |
| 1. Aplica las técnicas de asepsia durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las técnicas quirúrgicas y procedimientos convencionales y laparoscópicos, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos invasivos o no invasivos, requeridos durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. Previene las complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. Diagnostica y resuelve las complicaciones que se presentan durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. Aplica la lista de chequeo de Cirugía segura, **de salida.** |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Reporte operatorio y lo incluye en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL SEGUIMIENTO POST OPERATORIO INMEDIATO:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación pos operatoria inmediata. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe la terapéutica post operatoria considerando: tipo de operación, requerimientos básicos y compensación de las pérdidas de fluidos ocasionadas durante el acto operatorio. |  |  |  |  |
| 1. Indica los exámenes auxiliares y procedimientos de control post quirúrgico de acuerdo al tipo de operación, la condición del paciente y probables complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. Diagnostica y soluciona las complicaciones pos operatorias. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la historia clínica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia cuando corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLÍNICA CON EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA AL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR, CON PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA DEL APARATO DIGESTIVO** |

# INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Médico residente, con el registro de la atención quirúrgica al paciente adulto y adulto mayor, con patología benigna y maligna del aparato digestivo realizada por el Médico residente.**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si algún rubro de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente deben consignar su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNOSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos completos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis, realizada en forma integral. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados del examen clínico general y preferencial. |  |  |  |  |
| 1. El Plan de trabajo, considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. La solicitud, interpretación y evaluación de los exámenes de apoyo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas realizadas en forma adecuada y oportuna y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico, realizado considerando: la anamnesis, los resultados del examen clínico y los exámenes de apoyo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. La solución quirúrgica (tipo de intervención), definida en base a una evaluación integral y consensuada. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO:** |  |  |  |  |
| 1. Todos los datos del formato completos, de acuerdo a normas vigentes. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL PRE OPERATORIO:** |  |  |  |  |
| 1. El plan de intervención quirúrgica, elaborado según el diagnóstico y la situación clínica del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados de los estudios y procedimientos preoperatorios solicitados y realizados. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas pre operatorias. |  |  |  |  |
| 1. Las técnicas de asepsia previas el acto quirúrgico indicadas. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:** |  |  |  |  |
| 1. Los informes de la aplicación de la lista de chequeo de Cirugía segura, de entrada y de salida. |  |  |  |  |
| 1. Las técnicas de asepsia aplicadas durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. El Reporte Operatorio, incluyendo la descripción de las técnicas quirúrgicas y procedimientos invasivos o no invasivos realizados durante el acto quirúrgico y las complicaciones si las hubo. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL SEGUIMIENTO POST OPERATORIO:** |  |  |  |  |
| 1. La evaluación pos operatoria inmediata. |  |  |  |  |
| 1. La terapéutica post operatoria utilizada, en base a: tipo de operación, requerimientos básicos y compensación de las pérdidas ocasionadas durante el acto operatorio. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares de control post quirúrgico solicitados y realizados de acuerdo: al tipo de operación, condición del paciente y diagnóstico de las complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico y solución de las complicaciones pos operatorias. |  |  |  |  |
| 21. La referencia o contrarreferencia, cuando corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 3** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Atender quirúrgicamente al paciente adulto y adulto mayor, con patología benigna y maligna de la pared abdominal, mediante cirugía electiva o de emergencia, **en base a las guías clínicas o protocolos vigentes** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | * 1. Diagnosticar al paciente adulto y adulto mayor con patología quirúrgica benigna y maligna de la pared abdominal. |
| * 1. Realizar el pre operatorio al paciente adulto y adulto mayor con patología quirúrgica benigna y maligna de la pared abdominal. |
| * 1. Realizar la intervención quirúrgica indicada, al paciente adulto y adulto mayor con patología quirúrgica benigna y maligna de la pared abdominal. |
| * 1. Realizar el seguimiento post operatorio y manejo de complicaciones del paciente adulto y adulto mayor con patología benigna y maligna de la pared abdominal. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA AL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR, CON PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA DE LA PARED ABDOMINAL** |

# INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:

1. **Observe al Médico residente durante la atención quirúrgica al paciente adulto y adulto mayor, con patología benigna y maligna de la pared abdominal.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de dar comentarios del desempeño durante la evaluación.
4. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
5. Si algún rubro de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente deben consignar su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la anamnesis en forma integral. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el examen clínico en forma integral, con énfasis en el examen regional y en función del cuadro clínico. |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes de apoyo al diagnóstico, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas en forma oportuna, de acuerdo al diagnóstico presuntivo. |  |  |  |  |
| 1. Solicita o realiza los procedimientos diagnósticos de acuerdo a protocolos establecidos. |  |  |  |  |
| 1. Interpreta adecuadamente los informes de los exámenes de apoyo al diagnóstico, de las interconsultas y de los procedimientos. |  |  |  |  |
| 1. Establece el diagnóstico definitivo (si es el caso) con base en la anamnesis, los hallazgos del examen clínico y los resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Determina la necesidad de solución quirúrgica y el tipo de intervención a realizar. en base a una evaluación integral y consensuada. |  |  |  |  |
| 1. Informa al paciente y familia acerca de su situación, tipo de operación, probables complicaciones y riesgos, de acuerdo a la intervención quirúrgica propuesta. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la historia clínica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, cuando corresponda. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL PRE OPERATORIO:** |  |  |  |  |
| 1. Elabora el plan de intervención quirúrgica según el diagnóstico y la situación clínica del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Obtiene el consentimiento informado del paciente, familiar responsable o representante legal. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los estudios preoperatorios. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos preoperatorios. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas pre operatorias. |  |  |  |  |
| 1. Aplica las técnicas de asepsia previas al acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:** |  |  |  |  |
| 1. Aplica la lista de chequeo de Cirugía segura, **de entrada**. |  |  |  |  |
| 1. Aplica las técnicas de asepsia durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las técnicas quirúrgicas y procedimientos convencionales y laparoscópicos, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos invasivos o no invasivos, requeridos durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. Previene las complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. Diagnostica y resuelve las complicaciones que se presentan durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. Aplica la lista de chequeo de Cirugía segura, **de salida.** |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Reporte operatorio y lo incluye en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL SEGUIMIENTO POST OPERATORIO INMEDIATO:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación pos operatoria inmediata. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe la terapéutica post operatoria considerando: tipo de operación, requerimientos básicos y compensación de las pérdidas de fluidos ocasionadas durante el acto operatorio. |  |  |  |  |
| 1. Indica los exámenes auxiliares y procedimientos de control post quirúrgico de acuerdo al tipo de operación, la condición del paciente y probables complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. Diagnostica y soluciona las complicaciones pos operatorias. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la historia clínica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, cuando corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLÍNICA CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA AL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR, CON PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA DE LA PARED ABDOMINAL** |

## INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Médico residente, con el registro de la atención quirúrgica al paciente adulto y adulto mayor, con patología benigna y maligna de la pared abdominal.**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si algún rubro de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente deben consignar su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS.** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos completos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis, realizada en forma integral. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados del examen clínico general y preferencial. |  |  |  |  |
| 1. El Plan de trabajo, considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. La solicitud, interpretación y evaluación de los exámenes de apoyo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas realizadas en forma adecuada y oportuna y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico, realizado considerando: la anamnesis, los resultados del examen clínico y los exámenes de apoyo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. La solución quirúrgica (tipo de intervención), definida en base a una evaluación integral y consensuada. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO:** |  |  |  |  |
| 1. Todos los datos del formato completos, de acuerdo a normas vigentes. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL PRE OPERATORIO:** |  |  |  |  |
| 1. El plan de intervención quirúrgica, elaborado según el diagnóstico y la situación clínica del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados de los estudios y procedimientos preoperatorios solicitados y realizados. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas pre operatorias. |  |  |  |  |
| 1. Las técnicas de asepsia previas el acto quirúrgico indicadas. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:** |  |  |  |  |
| 1. Los informes de la aplicación de la lista de chequeo de Cirugía segura, de entrada y de salida. |  |  |  |  |
| 1. Las técnicas de asepsia aplicadas durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. El Reporte Operatorio, incluyendo la descripción de las técnicas quirúrgicas y procedimientos invasivos o no invasivos realizados durante el acto quirúrgico y las complicaciones si las hubo. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL SEGUIMIENTO POST OPERATORIO:** |  |  |  |  |
| 1. La evaluación pos operatoria inmediata. |  |  |  |  |
| 1. La terapéutica post operatoria utilizada, en base a: tipo de operación, requerimientos básicos y compensación de las pérdidas ocasionadas durante el acto operatorio. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares de control post quirúrgico solicitados y realizados de acuerdo: al tipo de operación, condición del paciente y diagnóstico de las complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico y solución de las complicaciones pos operatorias. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia, cuando corresponde. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 4** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Atender quirúrgicamente al paciente adulto y adulto mayor, con patología benigna y maligna de los órganos sólidos de la cavidad abdominal, mediante cirugía electiva o de emergencia, **en base a las guías clínicas o protocolos vigentes.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 4.1 Diagnosticar al paciente adulto y adulto mayor con patología quirúrgica benigna y maligna de los órganos sólidos de la cavidad abdominal. |
| 4.2 Realizar el pre operatorio al paciente adulto y adulto mayor con patología quirúrgica benigna y maligna de los órganos sólidos de la cavidad abdominal. |
| 4.3 Realizar la intervención quirúrgica indicada, al paciente adulto y adulto mayor con patología quirúrgica benigna y maligna de los órganos sólidos de la cavidad abdominal. |
| 4.4 Realizar el seguimiento post operatorio cercano y alejado y manejo de complicaciones del paciente adulto y adulto mayor con patología benigna y maligna de los órganos sólidos de la cavidad abdominal. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA AL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR, CON PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA DE LOS ÓRGANOS SÓLIDOS DE LA CAVIDAD ABDOMINAL** |

# INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:

1. **Observe al Médico residente durante la atención quirúrgica al paciente adulto y adulto mayor, con patología benigna y maligna de los órganos sólidos de la cavidad abdominal.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de dar comentarios del desempeño durante la evaluación.
4. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
5. Si algún rubro de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente deben consignar su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la anamnesis en forma integral. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el examen clínico en forma integral, con énfasis en el examen regional y en función del cuadro clínico. |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes de apoyo al diagnóstico, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas en forma oportuna, de acuerdo al diagnóstico presuntivo. |  |  |  |  |
| 1. Solicita o realiza los procedimientos diagnósticos de acuerdo a protocolos establecidos. |  |  |  |  |
| 1. Interpreta adecuadamente los informes de los exámenes de apoyo al diagnóstico, de las interconsultas y de los procedimientos. |  |  |  |  |
| 1. Establece el diagnóstico definitivo (si es el caso) con base en la anamnesis, los hallazgos del examen clínico y los resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Determina la necesidad de solución quirúrgica y el tipo de intervención a realizar. en base a una evaluación integral y consensuada. |  |  |  |  |
| 1. Informa al paciente y familia acerca de su situación, tipo de operación, probables complicaciones y riesgos, de acuerdo a la intervención quirúrgica propuesta. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la historia clínica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, cuando corresponde. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL PRE OPERATORIO:** |  |  |  |  |
| 1. Elabora el plan de intervención quirúrgica según el diagnóstico y la situación clínica del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Obtiene el consentimiento informado del paciente, familiar responsable o representante legal. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los estudios preoperatorios. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos preoperatorios. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas pre operatorias. |  |  |  |  |
| 1. Aplica las técnicas de asepsia previas al acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:** |  |  |  |  |
| 1. Aplica la lista de chequeo de Cirugía segura, **de entrada**. |  |  |  |  |
| 1. Aplica las técnicas de asepsia durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las técnicas quirúrgicas y procedimientos convencionales y laparoscópicos, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos invasivos o no invasivos, requeridos durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. Previene las complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. Diagnostica y resuelve las complicaciones que se presentan durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. Aplica la lista de chequeo de Cirugía segura, **de salida.** |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Reporte operatorio y lo incluye en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL SEGUIMIENTO POST OPERATORIO INMEDIATO:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación pos operatoria inmediata. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe la terapéutica post operatoria considerando: tipo de operación, requerimientos básicos y compensación de las pérdidas de fluidos ocasionadas durante el acto operatorio. |  |  |  |  |
| 1. Indica los exámenes auxiliares y procedimientos de control post quirúrgico de acuerdo al tipo de operación, la condición del paciente y probables complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. Diagnostica y soluciona las complicaciones pos operatorias. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la historia clínica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, cuando corresponde. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HC. CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA AL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR, CON PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA DE LOS ÓRGANOS SÓLIDOS DE LA CAVIDAD ABDOMINAL** |

## INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Médico residente, con el registro de la atención quirúrgica al paciente adulto y adulto mayor, con patología benigna y maligna de los órganos sólidos de la cavidad abdominal.**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si algún rubro de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente deben consignar su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS.** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos completos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis, realizada en forma integral. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados del examen clínico general y preferencial. |  |  |  |  |
| 1. El Plan de trabajo, considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. La solicitud, interpretación y evaluación de los exámenes de apoyo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas realizadas en forma adecuada y oportuna y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico, realizado considerando: la anamnesis, los resultados del examen clínico y los exámenes de apoyo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. La solución quirúrgica (tipo de intervención), definida en base a una evaluación integral y consensuada. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO:** |  |  |  |  |
| 1. Todos los datos del formato completos, de acuerdo a normas vigentes. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL PRE OPERATORIO:** |  |  |  |  |
| 1. El plan de intervención quirúrgica, elaborado según el diagnóstico y la situación clínica del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados de los estudios y procedimientos preoperatorios solicitados y realizados. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas pre operatorias. |  |  |  |  |
| 1. Las técnicas de asepsia previas el acto quirúrgico indicadas. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:** |  |  |  |  |
| 1. Los informes de la aplicación de la lista de chequeo de Cirugía segura, de entrada y de salida. |  |  |  |  |
| 1. Las técnicas de asepsia aplicadas durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. El Reporte Operatorio, incluyendo la descripción de las técnicas quirúrgicas y procedimientos invasivos o no invasivos realizados durante el acto quirúrgico y las complicaciones si las hubo. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL SEGUIMIENTO POST OPERATORIO:** |  |  |  |  |
| 1. La evaluación pos operatoria inmediata. |  |  |  |  |
| 1. La terapéutica post operatoria utilizada, en base a: tipo de operación, requerimientos básicos y compensación de las pérdidas ocasionadas durante el acto operatorio. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares de control post quirúrgico solicitados y realizados de acuerdo: al tipo de operación, condición del paciente y diagnóstico de las complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico y solución de las complicaciones pos operatorias. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia, cuando corresponde. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 5** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Atender quirúrgicamente al paciente adulto y adulto mayor, con patología benigna y maligna del retroperitoneo, mediante cirugía electiva o de emergencia, **en base a las guías clínicas o protocolos vigentes.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | * 1. Diagnosticar al paciente adulto y adulto mayor con patología quirúrgica benigna y maligna del retroperitoneo. |
| * 1. Realizar el pre operatorio al paciente adulto y adulto mayor con patología quirúrgica benigna y maligna del retroperitoneo. |
| * 1. Realizar la intervención quirúrgica indicada, al paciente adulto y adulto mayor con patología quirúrgica benigna y maligna del retroperitoneo. |
| * 1. Realizar el seguimiento post operatorio y manejo de complicaciones del paciente adulto y adulto mayor con patología benigna y maligna del retroperitoneo. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA AL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR, CON PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA DEL RETROPERITONEO** |

# INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:

1. **Observe al Médico residente durante la atención quirúrgica al paciente adulto y adulto mayor, con patología benigna y maligna del retroperitoneo.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de dar comentarios del desempeño durante la evaluación.
4. Marque **SI,** cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
5. Si algún rubro de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente deben consignar su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la anamnesis en forma integral. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el examen clínico en forma integral, con énfasis en el examen regional y en función del cuadro clínico. |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes de apoyo al diagnóstico, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas en forma oportuna, de acuerdo al diagnóstico presuntivo. |  |  |  |  |
| 1. Solicita o realiza los procedimientos diagnósticos de acuerdo a protocolos establecidos. |  |  |  |  |
| 1. Interpreta adecuadamente los informes de los exámenes de apoyo al diagnóstico, de las interconsultas y de los procedimientos. |  |  |  |  |
| 1. Establece el diagnóstico definitivo (si es el caso) con base en la anamnesis, los hallazgos del examen clínico y los resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Determina la necesidad de solución quirúrgica y el tipo de intervención a realizar. en base a una evaluación integral y consensuada. |  |  |  |  |
| 1. Informa al paciente y familia acerca de su situación, tipo de operación, probables complicaciones y riesgos, de acuerdo a la intervención quirúrgica propuesta. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la historia clínica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, cuando corresponde. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL PRE OPERATORIO** |  |  |  |  |
| 1. Elabora el plan de intervención quirúrgica según el diagnóstico y la situación clínica del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Obtiene el consentimiento informado del paciente, familiar responsable o representante legal. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los estudios preoperatorios. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos preoperatorios. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas pre operatorias. |  |  |  |  |
| 1. Aplica las técnicas de asepsia previas al acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA** |  |  |  |  |
| 1. Aplica la lista de chequeo de Cirugía segura, **de entrada**. |  |  |  |  |
| 1. Aplica las técnicas de asepsia durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las técnicas quirúrgicas y procedimientos convencionales y laparoscópicos, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos invasivos o no invasivos, requeridos durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. Previene las complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. Diagnostica y resuelve las complicaciones que se presentan durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. Aplica la lista de chequeo de Cirugía segura, **de salida.** |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Reporte operatorio y lo incluye en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL SEGUIMIENTO POST OPERATORIO INMEDIATO:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación pos operatoria inmediata. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe la terapéutica post operatoria considerando: tipo de operación, requerimientos básicos y compensación de las pérdidas de fluidos ocasionadas durante el acto operatorio. |  |  |  |  |
| 1. Indica los exámenes auxiliares y procedimientos de control post quirúrgico de acuerdo al tipo de operación, la condición del paciente y probables complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. Diagnostica y soluciona las complicaciones pos operatorias. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la historia clínica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, cuando corresponde. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HC. CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA AL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR, CON PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA DEL RETROPERITONEO** |

## INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Médico residente, con el registro de la atención quirúrgica al paciente adulto y adulto mayor, con patología benigna y maligna d del retroperitoneo**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si algún rubro de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente deben consignar su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS.** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos completos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis, realizada en forma integral. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados del examen clínico general y preferencial. |  |  |  |  |
| 1. El Plan de trabajo, considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. La solicitud, interpretación y evaluación de los exámenes de apoyo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas realizadas en forma adecuada y oportuna y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico, realizado considerando: la anamnesis, los resultados del examen clínico y los exámenes de apoyo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. La solución quirúrgica (tipo de intervención), definida en base a una evaluación integral y consensuada. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO:** |  |  |  |  |
| 1. Todos los datos del formato completos, de acuerdo a normas vigentes. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL PRE OPERATORIO** |  |  |  |  |
| 1. El plan de intervención quirúrgica, elaborado según el diagnóstico y la situación clínica del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados de los estudios y procedimientos preoperatorios solicitados y realizados. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas pre operatorias. |  |  |  |  |
| 1. Las técnicas de asepsia previas el acto quirúrgico indicadas. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:** |  |  |  |  |
| 1. Los informes de la aplicación de la lista de chequeo de Cirugía segura, de entrada y de salida. |  |  |  |  |
| 1. Las técnicas de asepsia aplicadas durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. El Reporte Operatorio, incluyendo la descripción de las técnicas quirúrgicas y procedimientos invasivos o no invasivos realizados durante el acto quirúrgico y las complicaciones si las hubo. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL SEGUIMIENTO POST OPERATORIO:** |  |  |  |  |
| 1. La evaluación pos operatoria inmediata. |  |  |  |  |
| 1. La terapéutica post operatoria utilizada, en base a: tipo de operación, requerimientos básicos y compensación de las pérdidas ocasionadas durante el acto operatorio. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares de control post quirúrgico solicitados y realizados de acuerdo: al tipo de operación, condición del paciente y diagnóstico de las complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico y solución de las complicaciones pos operatorias. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia según corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 6** | |
| **COMPETENCIA** | 1. Atender quirúrgicamente al paciente adulto y adulto mayor, con patología benigna y maligna de la piel y partes blandas, mediante cirugía electiva o de emergencia, **en base a las guías clínicas o protocolos vigentes.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | * 1. Diagnosticar al adulto y adulto mayor con patología quirúrgica benigna y maligna de la piel y partes blandas. |
| * 1. Realizar el pre operatorio al paciente adulto y adulto mayor con patología quirúrgica benigna y maligna de la piel y partes blandas. |
| * 1. Realizar la intervención quirúrgica indicada, al paciente adulto y adulto mayor con patología quirúrgica benigna y maligna de la piel y partes blandas. |
| * 1. Realizar el seguimiento post operatorio y manejo de complicaciones del paciente adulto y adulto mayor con patología benigna y maligna de la piel y partes blandas. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA AL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR, CON PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS** |

# INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:

1. **Observe al Médico residente durante la atención quirúrgica al paciente adulto y adulto mayor, con patología benigna y maligna de la piel y partes blandas.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de dar comentarios del desempeño durante la evaluación.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si algún rubro de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la anamnesis en forma integral. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el examen clínico en forma integral, con énfasis en el examen regional y en función del cuadro clínico. |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes de apoyo al diagnóstico, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas en forma oportuna, de acuerdo al diagnóstico presuntivo. |  |  |  |  |
| 1. Solicita o realiza los procedimientos diagnósticos de acuerdo a protocolos establecidos. |  |  |  |  |
| 1. Interpreta adecuadamente los informes de los exámenes de apoyo al diagnóstico, de las interconsultas y de los procedimientos. |  |  |  |  |
| 1. Establece el diagnóstico definitivo (si es el caso) con base en la anamnesis, los hallazgos del examen clínico y los resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Determina la necesidad de solución quirúrgica y el tipo de intervención a realizar. en base a una evaluación integral y consensuada. |  |  |  |  |
| 1. Informa al paciente y familia acerca de su situación, tipo de operación, probables complicaciones y riesgos, de acuerdo a la intervención quirúrgica propuesta. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la historia clínica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia según corresponda. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL PRE OPERATORIO:** |  |  |  |  |
| 1. Elabora el plan de intervención quirúrgica según el diagnóstico y la situación clínica del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Obtiene el consentimiento informado del paciente, familiar responsable o representante legal. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los estudios preoperatorios. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos preoperatorios. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas pre operatorias. |  |  |  |  |
| 1. Aplica las técnicas de asepsia previas al acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:** |  |  |  |  |
| 1. Aplica la lista de chequeo de Cirugía segura, **de entrada**. |  |  |  |  |
| 1. Aplica las técnicas de asepsia durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las técnicas quirúrgicas y procedimientos convencionales y laparoscópicos, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos invasivos o no invasivos, requeridos durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. Previene las complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. Diagnostica y resuelve las complicaciones que se presentan durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. Aplica la lista de chequeo de Cirugía segura, **de salida.** |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Reporte operatorio y lo incluye en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL SEGUIMIENTO POST OPERATORIO INMEDIATO:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación pos operatoria inmediata. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe la terapéutica post operatoria considerando: tipo de operación, requerimientos básicos y compensación de las pérdidas de fluidos ocasionadas durante el acto operatorio. |  |  |  |  |
| 1. Indica los exámenes auxiliares y procedimientos de control post quirúrgico de acuerdo al tipo de operación, la condición del paciente y probables complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. Diagnostica y soluciona las complicaciones pos operatorias. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la historia clínica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia según corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLÍNICA CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA AL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR, CON PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS.** |

## INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Médico residente, con el registro de la atención quirúrgica al paciente adulto y adulto mayor, con patología benigna y maligna de la piel y partes blandas.**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si algún rubro de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente deben consignar su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS.** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNOSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos completos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis, realizada en forma integral. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados del examen clínico general y preferencial. |  |  |  |  |
| 1. El Plan de trabajo, considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. La solicitud, interpretación y evaluación de los exámenes de apoyo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas realizadas en forma adecuada y oportuna y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico, realizado considerando: la anamnesis, los resultados del examen clínico y los exámenes de apoyo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. La solución quirúrgica (tipo de intervención), definida en base a una evaluación integral y consensuada. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO:** |  |  |  |  |
| 1. Todos los datos del formato completos, de acuerdo a normas vigentes. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL PRE OPERATORIO:** |  |  |  |  |
| 1. El plan de intervención quirúrgica, elaborado según el diagnóstico y la situación clínica del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados de los estudios y procedimientos preoperatorios solicitados y realizados. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas pre operatorias. |  |  |  |  |
| 1. Las técnicas de asepsia previas el acto quirúrgico indicadas. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:** |  |  |  |  |
| 1. Los informes de la aplicación de la lista de chequeo de Cirugía segura, de entrada y de salida. |  |  |  |  |
| 1. Las técnicas de asepsia aplicadas durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. El Reporte Operatorio, incluyendo la descripción de las técnicas quirúrgicas y procedimientos invasivos o no invasivos realizados durante el acto quirúrgico y las complicaciones si las hubo. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL SEGUIMIENTO POST OPERATORIO:** |  |  |  |  |
| 1. La evaluación pos operatoria inmediata. |  |  |  |  |
| 1. La terapéutica post operatoria utilizada, en base a: tipo de operación, requerimientos básicos y compensación de las pérdidas ocasionadas durante el acto operatorio. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares de control post quirúrgico solicitados y realizados de acuerdo: al tipo de operación, condición del paciente y diagnóstico de las complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico y solución de las complicaciones pos operatorias. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia según corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 7** | |
| **COMPETENCIA.** | 7. Atender quirúrgicamente al adulto y adulto mayor, con patología benigna y maligna de la mama, mediante cirugía electiva o de emergencia, **en base a las guías clínicas o protocolos vigentes.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | * 1. Diagnosticar al adulto y adulto mayor con patología quirúrgica benigna y maligna de la mama. |
| * 1. Realizar el pre operatorio al adulto y adulto mayor con patología quirúrgica benigna y maligna de la mama. |
| * 1. Realizar la intervención quirúrgica indicada, al adulto y adulto mayor con patología quirúrgica benigna y maligna de la mama. |
| * 1. Realizar el seguimiento post operatorio y manejo de complicaciones al adulto y adulto mayor con patología benigna y maligna de la mama. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA AL ADULTO Y ADULTO MAYOR, CON PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA DE LA MAMA.** |

# INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:

1. **Observe al Médico residente durante la atención quirúrgica al paciente adulto y adulto mayor, con patología benigna y maligna de la mama.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de dar comentarios del desempeño durante la evaluación.
4. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
5. Si algún rubro de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente deben consignar su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la anamnesis en forma integral. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el examen clínico en forma integral, con énfasis en el examen regional y en función del cuadro clínico. |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes de apoyo al diagnóstico, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas en forma oportuna, de acuerdo al diagnóstico presuntivo. |  |  |  |  |
| 1. Solicita o realiza los procedimientos diagnósticos de acuerdo a protocolos establecidos. |  |  |  |  |
| 1. Interpreta adecuadamente los informes de los exámenes de apoyo al diagnóstico, de las interconsultas y de los procedimientos. |  |  |  |  |
| 1. Establece el diagnóstico definitivo (si es el caso) con base en la anamnesis, los hallazgos del examen clínico y los resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Determina la necesidad de solución quirúrgica y el tipo de intervención a realizar. en base a una evaluación integral y consensuada. |  |  |  |  |
| 1. Informa al paciente y familia acerca de su situación, tipo de operación, probables complicaciones y riesgos, de acuerdo a la intervención quirúrgica propuesta. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la historia clínica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia según corresponda. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL PRE OPERATORIO:** |  |  |  |  |
| 1. Elabora el plan de intervención quirúrgica según el diagnóstico y la situación clínica del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Obtiene el consentimiento informado del paciente, familiar responsable o representante legal. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los estudios preoperatorios. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos preoperatorios. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas pre operatorias. |  |  |  |  |
| 1. Aplica las técnicas de asepsia previas al acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:** |  |  |  |  |
| 1. Aplica la lista de chequeo de Cirugía segura, **de entrada**. |  |  |  |  |
| 1. Aplica las técnicas de asepsia durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las técnicas quirúrgicas y procedimientos convencionales y laparoscópicos, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos invasivos o no invasivos, requeridos durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. Previene las complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. Diagnostica y resuelve las complicaciones que se presentan durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. Aplica la lista de chequeo de Cirugía segura, **de salida.** |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Reporte operatorio y lo incluye en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL SEGUIMIENTO POST OPERATORIO INMEDIATO:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación pos operatoria inmediata. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe la terapéutica post operatoria considerando: tipo de operación, requerimientos básicos y compensación de las pérdidas de fluidos ocasionadas durante el acto operatorio. |  |  |  |  |
| 1. Indica los exámenes auxiliares y procedimientos de control post quirúrgico de acuerdo al tipo de operación, la condición del paciente y probables complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. Diagnostica y soluciona las complicaciones pos operatorias. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la historia clínica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, cuando corresponde. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **H.C. CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA AL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR, CON PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA DE LA MAMA.** |

## INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Médico residente, con el registro de la atención quirúrgica al paciente adulto y adulto mayor, con patología benigna y maligna de la mama.**
2. Aplique la lista de cotejo a los productos.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si algún rubro de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente deben consignar su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS.** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos completos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis, realizada en forma integral. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados del examen clínico general y preferencial. |  |  |  |  |
| 1. El Plan de trabajo, considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. La solicitud, interpretación y evaluación de los exámenes de apoyo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas realizadas en forma adecuada y oportuna y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico, realizado considerando: la anamnesis, los resultados del examen clínico y los exámenes de apoyo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. La solución quirúrgica (tipo de intervención), definida en base a una evaluación integral y consensuada. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO:** |  |  |  |  |
| 1. Todos los datos del formato completos, de acuerdo a normas vigentes. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL PRE OPERATORIO:** |  |  |  |  |
| 1. El plan de intervención quirúrgica, elaborado según el diagnóstico y la situación clínica del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados de los estudios y procedimientos preoperatorios solicitados y realizados. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas pre operatorias. |  |  |  |  |
| 1. Las técnicas de asepsia previas el acto quirúrgico indicadas. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:** |  |  |  |  |
| 1. Los informes de la aplicación de la lista de chequeo de Cirugía segura, de entrada y de salida. |  |  |  |  |
| 1. Las técnicas de asepsia aplicadas durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. El Reporte Operatorio, incluyendo la descripción de las técnicas quirúrgicas y procedimientos invasivos o no invasivos realizados durante el acto quirúrgico y las complicaciones si las hubo. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL SEGUIMIENTO POST OPERATORIO** |  |  |  |  |
| 1. La evaluación pos operatoria inmediata. |  |  |  |  |
| 1. La terapéutica post operatoria utilizada, en base a: tipo de operación, requerimientos básicos y compensación de las pérdidas ocasionadas durante el acto operatorio. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares de control post quirúrgico solicitados y realizados de acuerdo: al tipo de operación, condición del paciente y diagnóstico de las complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico y solución de las complicaciones pos operatorias. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia, cuando corresponde. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 8** | |
| **COMPETENCIA.** | 8. Atender quirúrgicamente al adulto y adulto mayor, con patología vascular periférica, mediante cirugía electiva o de emergencia, **en base a las guías clínicas o protocolos vigentes.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | * 1. Diagnosticar al adulto y adulto mayor con patología vascular periférica. |
| * 1. Realizar el pre operatorio al adulto y adulto mayor con patología vascular periférica. |
| * 1. Realizar la intervención quirúrgica indicada, al adulto y adulto mayor con patología vascular periférica |
| * 1. Realizar el seguimiento post operatorio y manejo de complicaciones, al adulto y adulto mayor con patología vascular periférica. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA AL**  **ADULTO Y ADULTO MAYOR CON PATOLOGÍA VASCULAR PERIFÉRICA** |

# INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:

1. **Observe al Médico residente durante la atención quirúrgica al paciente adulto y adulto mayor, con patología vascular periférica.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de dar comentarios del desempeño durante la evaluación.
4. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
5. Si algún rubro de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la anamnesis en forma integral. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el examen clínico en forma integral, con énfasis en el examen regional y en función del cuadro clínico. |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes de apoyo al diagnóstico, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas en forma oportuna, de acuerdo al diagnóstico presuntivo. |  |  |  |  |
| 1. Solicita o realiza los procedimientos diagnósticos de acuerdo a protocolos establecidos. |  |  |  |  |
| 1. Interpreta adecuadamente los informes de los exámenes de apoyo al diagnóstico, de las interconsultas y de los procedimientos. |  |  |  |  |
| 1. Establece el diagnóstico definitivo (si es el caso) con base en la anamnesis, los hallazgos del examen clínico y los resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Determina la necesidad de solución quirúrgica y el tipo de intervención a realizar. en base a una evaluación integral y consensuada. |  |  |  |  |
| 1. Informa al paciente y familia acerca de su situación, tipo de operación, probables complicaciones y riesgos, de acuerdo a la intervención quirúrgica propuesta. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la historia clínica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia según corresponda. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL PRE OPERATORIO:** |  |  |  |  |
| 1. Elabora el plan de intervención quirúrgica según el diagnóstico y la situación clínica del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Obtiene el consentimiento informado del paciente, familiar responsable o representante legal. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los estudios preoperatorios. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos preoperatorios. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas pre operatorias. |  |  |  |  |
| 1. Aplica las técnicas de asepsia previas al acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:** |  |  |  |  |
| 1. Aplica la lista de chequeo de Cirugía segura, **de entrada**. |  |  |  |  |
| 1. Aplica las técnicas de asepsia durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las técnicas quirúrgicas y procedimientos convencionales y laparoscópicos, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos invasivos o no invasivos, requeridos durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. Previene las complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. Diagnostica y resuelve las complicaciones que se presentan durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. Aplica la lista de chequeo de Cirugía segura, **de salida.** |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Reporte operatorio y lo incluye en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL SEGUIMIENTO POST OPERATORIO INMEDIATO:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación pos operatoria inmediata. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe la terapéutica post operatoria considerando: tipo de operación, requerimientos básicos y compensación de las pérdidas de fluidos ocasionadas durante el acto operatorio. |  |  |  |  |
| 1. Indica los exámenes auxiliares y procedimientos de control post quirúrgico de acuerdo al tipo de operación, la condición del paciente y probables complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. Diagnostica y soluciona las complicaciones pos operatorias. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la historia clínica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia según corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **H. C. CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA AL**  **ADULTO Y ADULTO MAYOR CON PATOLOGÍA VASCULAR PERIFÉRICA** |

## INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Médico residente, con el registro de la atención quirúrgica al paciente adulto y adulto mayor, con patología vascular periférica.**
2. Aplique la lista de cotejo a los productos.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si algún rubro de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente deben consignar su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS.** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos completos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis, realizada en forma integral. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados del examen clínico general y preferencial. |  |  |  |  |
| 1. El Plan de trabajo, considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. La solicitud, interpretación y evaluación de los exámenes de apoyo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas realizadas en forma adecuada y oportuna y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico, realizado considerando: la anamnesis, los resultados del examen clínico y los exámenes de apoyo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. La solución quirúrgica (tipo de intervención), definida en base a una evaluación integral y consensuada. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO:** |  |  |  |  |
| 1. Todos los datos del formato completos, de acuerdo a normas vigentes. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL PRE OPERATORIO:** |  |  |  |  |
| 1. El plan de intervención quirúrgica, elaborado según el diagnóstico y la situación clínica del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados de los estudios y procedimientos preoperatorios solicitados y realizados. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas pre operatorias. |  |  |  |  |
| 1. Las técnicas de asepsia previas el acto quirúrgico indicadas. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:** |  |  |  |  |
| 1. Los informes de la aplicación de la lista de chequeo de Cirugía segura, de entrada y de salida. |  |  |  |  |
| 1. Las técnicas de asepsia aplicadas durante el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. El Reporte Operatorio, incluyendo la descripción de las técnicas quirúrgicas y procedimientos invasivos o no invasivos realizados durante el acto quirúrgico y las complicaciones si las hubo. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL SEGUIMIENTO POST OPERATORIO:** |  |  |  |  |
| 1. La evaluación pos operatoria inmediata. |  |  |  |  |
| 1. La terapéutica post operatoria utilizada, en base a: tipo de operación, requerimientos básicos y compensación de las pérdidas ocasionadas durante el acto operatorio. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares de control post quirúrgico solicitados y realizados de acuerdo: al tipo de operación, condición del paciente y diagnóstico de las complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico y solución de las complicaciones pos operatorias. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia, cuando corresponde. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 9** | |
| **COMPETENCIA.** | 9. Atender al paciente adulto o adulto mayor con trauma **en base a las guías clínicas o protocolos vigentes.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 9.1 Evaluar al paciente adulto o adulto mayor con trauma |
| 9.2 Tratar al paciente adulto o adulto mayor con trauma |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE  DURANTE LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON TRAUMA.** |

## INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:

1. **Observe al Médico residente durante la atención quirúrgica al paciente adulto y adulto mayor, con trauma.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de dar comentarios del desempeño durante la evaluación.
4. Marque **SI,** cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
5. Si algún rubro de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente deben consignar su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 1. **DURANTE LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA AL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR, CON TRAUMA:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación clínica en forma rápida, completa y de acuerdo a situación del paciente |  |  |  |  |
| 1. Define la severidad del trauma y el compromiso de estructuras. |  |  |  |  |
| 1. Indica estudios de laboratorio y de imágenes considerando los diagnósticos presuntivos y definitivos del trauma |  |  |  |  |
| 1. Solicita procedimientos diagnósticos en función de los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico detectando el o los tipos de trauma de acuerdo a los resultados de la evaluación clínica y los exámenes auxiliares y procedimientos realizados y los codifican de acuerdo al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. Solicita interconsultas a otras especialidades oportunamente y de acuerdo a los diagnósticos presuntivos para el manejo de patologías de tratamiento especializado. |  |  |  |  |
| 1. Propone un plan de tratamiento que incluye medidas generales y específicas |  |  |  |  |
| 1. Realiza la prescripción de acuerdo al diagnóstico del trauma |  |  |  |  |
| 1. Previene los efectos secundarios a los medicamentos e identifica, controla y notifica las RAM |  |  |  |  |
| 1. Indica los exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes de acuerdo a la evaluación y evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Toma en cuenta e informa los signos de alarma y vigilancia de las complicaciones más frecuentes. |  |  |  |  |
| 1. Informa y orienta a la familia acerca de las complicaciones y muerte de paciente, según severidad del trauma |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la referencia y contrarreferencia oportunamente y de acuerdo a Normas vigentes. |  |  |  |  |
| 1. Registra la información acerca del diagnóstico y tratamiento en la historia clínica |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **H. C. CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON TRAUMA.** |

# INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Médico residente, con el registro de la atención quirúrgica al paciente adulto y adulto mayor, con trauma.**
2. Aplique la lista de cotejo a los productos.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si algún rubro de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente deben consignar su firma

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS.** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA AL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR, CON TRAUMA:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos que identifican al paciente |  |  |  |  |
| 1. Los signos vitales al inicio |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis sucinta, pero completa |  |  |  |  |
| 1. El examen físico dirigido |  |  |  |  |
| 1. Los diagnósticos presuntivos detectando el o los tipos de trauma, de acuerdo a los resultados de la evaluación clínica y los exámenes auxiliares y procedimientos realizados y codificado de acuerdo al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. La severidad del trauma y el compromiso de determinadas estructuras. |  |  |  |  |
| 1. Los estudios de laboratorio y de imágenes indicados de acuerdo a los diagnósticos presuntivos y definitivos del trauma |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales y específicas aplicadas |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos diagnósticos solicitados y realizados en función de los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Los signos de alarma y vigilancia de las complicaciones más frecuentes. |  |  |  |  |
| 1. La evolución del paciente |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones y sugerencias al alta |  |  |  |  |
| 1. La próxima cita o datos de la referencia, según corresponda |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |