

PROGRAMA DE PERFECCIONAMIENTO PROFESIONAL MEDS

NOMBRE DEL PROGRAMA

Estadía Formativa en Cirugía de Mano, Codo y Microcirugía - Orientación Clásica y Deportiva

COORDINADOR PROGRAMA:

Dr. Cristóbal Greene Diaz

Jefe Equipo: Dra. Lorena Parra Benavente

OBJETIVOS:

Profundizar los conocimientos en el estudio de la patología en pacientes adultos y en deportistas.

Formar a un médico sub especialista que logre las competencias teóricas y prácticas en el tratamiento conservador y quirúrgico de las patologías del área e incorporar los conceptos del tratamiento en el deportista aficionado y de alto rendimiento.

MODALIDAD

Presencial.

CUPOS:

1

DURACIÓN DEL PROGRAMA:

12 meses - Inicio Mayo 2025

Dedicación Exclusiva

HORARIOS

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
AM	CONSULTA / PABELLON	DIPRECA POLICLINICO	CONSULTA	PABELLON / CONSULTA	CONSULTA
PM	CONSULTA / PABELLON	CONSULTA	DIPRECA PABELLON	HORARIO PROTEGIDO INVESTIGACION	TURNOS

CAMPOS CLÍNICOS:

Clinica MEDS La Dehesa y Centros Médicos MEDS

Hospital DIPRECA

Cursos de Microcirugía durante el desarrollo de la estancia formativa (a definir)

FINANCIAMIENTO:

Cargo turno de urgencia Clínica MEDS (CAT)

Asignación por cargo de Fellow

ACTIVIDADES:

1. Seminarios
2. Actividades clínicas
3. Participación en reunión académica mensual del equipo

SISTEMA DE EVALUACIÓN:

- a. Evaluación de actividades formativas prácticas entregadas en la ficha de evaluación con nota y firma a cada
- b. Investigación: Será requisito para la obtención del certificado la creación de al menos un trabajo publicable en revista científica, además de la participación en investigaciones susceptibles de ser presentadas en congresos de la especialidad
- c. Examen final oral frente a una comisión médica integrada por Médicos Staff Meds y Dipreca, el presidente de la sociedad de mano y un invitado de los centros adicionales que participarán en la formación.

Evaluaciones clínicas y académicas: 60 %

Trabajo de Investigación: 10 %

Examen final: 30 %

Todas Las evaluaciones regulares y la nota final deben ser superior o igual a 5,5.

CERTIFICADO:

Con las notas mínimas de aprobación y cumplimiento del programa se entregará Certificado a nombre de Clínica MEDS, con carga horaria total, periodo en que fue realizado el programa, firmado por Coordinador del programa, Director Médico y Jefe de Unidad Académica.

DOCENTES:

FRANCISCO ANDRADE

ALFONSO PEREZ

JOSE LUIS BARRIA

DANIELA PEREZ

CRISTOBAL GREENE

PAULA SOTELO

MARISOL MARTI

ARTURO VERDUGO

LORENA PARRA

PLAN DE ESTUDIOS

TEMARIO FELLOW MANO, CODO Y MICROCIRUGÍA

Número	Tema
1	Papers Clasicos
2	Anestesia Local / WALANT
3	Tumores en la Mano: Benignos y Malignos
4	Mano Gravemente Lesionada
5	Cobertura y Colgajos de la Mano
6	Reimplantes
7	Amputaciones
8	Lesiones de nervios
9	Fracturas y luxaciones de los dedos y Metacarpianos
10	Fracturas del Radio Distal
11	Fracturas de los huesos del carpo
12	Fractura de Escafoides
13	Inestabilidades Carpianas
14	Inestabilidad RCD y lesiones del FCT
15	Fracturas De Antebrazo y Luxofracturas
16	Fracturas Supracondileas y Húmero Distal
17	Luxofracturas del Codo
18	Lesiones Tendones Flexores
19	Lesiones Tendones Extensores
20	Transferencias Tendineas
21	Artrosis TMTC y de La Mano
22	Artritis Reumatoidea
23	Dupuytren
24	Tendinopatias de La Mano y el Codo
25	Neuropatias Compresivas del Miembro Superior
26	Lesiones del Plexo Braquial
27	Enfermedad de Kienböck y Trastornos Vasculares de la Mano
28	Infecciones en la Mano
29	Patología Congénita y Malformaciones
30	Artroplastia de la Mano, Muñeca y el Codo

PROGRAMA DE PERFECCIONAMIENTO PROFESIONAL MEDS
PAUTA DE EVALUACIÓN REGULAR

Nombre:

	NOTA	COMENTARIOS
RESPONSABILIDAD Y ACTITUDES:		
Profesionalismo		
Ética y responsabilidad		
Trato con pacientes y personal		
DESEMPEÑO:		
Conocimientos		
Habilidades y destrezas		
Capacidad de trabajo y comunicación		
Juicio clínico		
Participación actividades clínicas		
Participación actividades quirúrgicas		
ACADÉMICO E INVESTIGACIÓN		
Seminarios y reuniones clínicas		
Participación eventos científicos		
Investigación		

Observaciones:

Nombre Docente responsable:

Firma:

Fecha: _____