

ANEXO - RESOLUCIÓN N° 2425/MSGC/18



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
“2018 AÑO DE LOS JUEGOS OLIMPICOS DE LA JUVENTUD”

MINISTERIO DE SALUD

PROGRAMA DOCENTE DE RESIDENCIA DE KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA INTENSIVISTA

ANEXO I

Año 2018

IF-2018-30628253- -DGDIYDP

INDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. FUNDAMENTACIÓN

2.1. Consideraciones generales sobre los programas de residencia del GCABA

2.2. Descripción de la población destinataria

3. PROPÓSITOS GENERALES

4. PERFIL DEL EGRESADO DE LA ESPECIALIDAD

4.1. Áreas de competencia

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

6. ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN

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

7.1 Organización general de las actividades por áreas de formación

7.2. Objetivos, actividades, contenidos por año y por rotación

8. CONTENIDOS

8.1. Ejes temáticos

8.2. Contenidos transversales

8.3. Contenidos específicos

9. SISTEMA DE EVALUACIÓN

10. FUNCIONES DOCENTES Y DE SUPERVISIÓN PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA

11. BIBLIOGRAFÍA

12. APÉNDICE

1. INTRODUCCIÓN

La Kinesiología es una disciplina perteneciente al campo de las ciencias de la salud, cuyo objeto de estudio, en tanto ciencia del movimiento, está centrado en la prevención, tratamiento y rehabilitación de los estados que pueden producirse en el ser humano por diferentes lesiones o enfermedades.

La Kinesiología y Fisiatría Intensivista está orientada a la aplicación de técnicas y procedimientos preventivos y/o terapéuticos, en diferentes áreas de atención, con distintos niveles de complejidad, que se aplican a pacientes con enfermedades respiratorias con el objetivo de restaurar su función pulmonar.

A partir de la crisis sanitaria que engendró la multiplicación de casos de poliomielitis en el país (1956), se generaron importantes debates alrededor de las acciones preventivas y curativas, destinadas al abordaje de dicha enfermedad. Sin embargo, fue la atención de sus secuelas la que impulsó la aparición y el afianzamiento de un renovado concepto de rehabilitación para quienes padecían la parálisis que sobre sus cuerpos había dejado la enfermedad.¹

Las secuelas de la poliomielitis que afectaron distintos grupos musculares requirieron el desarrollo de capacitaciones en rehabilitación en distintos puntos del país. La parálisis y/o paresia en los músculos que intervienen en la respiración motivó el desarrollo de distintos abordajes para estos pacientes, marcando el inicio de la kinesiología respiratoria, a fines del '40, con la Klga, Vilches y el Klgo. Codón. Aún más, lo que le da impulso a la kinesiología respiratoria fue la creación del Hospital María Ferrer, pionero en la asistencia respiratoria mecánica con la primera Terapia Intensiva Respiratoria del país.

Por otro lado, a mediados del siglo pasado, surgen las Unidades de Cuidados Intensivos, iniciándose una nueva era en el tratamiento de los pacientes² con las enfermedades críticas, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Junto a la mayor comprensión de estas enfermedades se acompaña el desarrollo tecnológico y del conocimiento por parte del grupo de profesionales encargados de esta área. Principalmente en las últimas dos décadas, los tratamientos agresivos y tempranos, han logrado aumentar la sobrevida de los pacientes críticos; aunque con frecuencia, las secuelas estructurales y funcionales que estos presentan son invalidantes. Esta situación es la que abre un campo de práctica específico para el kinesiólogo quien cumple un rol central en el abordaje del paciente.

En función de esta nueva problemática de salud, fue necesario incluir nuevas dimensiones en la formación de especialistas, que se desarrollaron en primera instancia en el Hospital María Ferrer, y que luego fueron replicadas para intervenir en la mejora de la atención de los pacientes de los hospitales generales.

La residencia de Kinesiología General se inicia en 1992 en el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con un carácter netamente “generalista”, para luego ir orientándose hacia perfiles más específicos en los campos disciplinares. La residencia de Kinesiología con orientación en Kinesiología y Fisiatría Intensivista, comenzó en el 2015 (Resolución N° 611/2015 MSCABA) y conforma un sistema de formación de posgrado cuya fundamentación está basada en la adquisición de conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores orientados en la

¹Los desafíos médicos, sociales e institucionales que dejó la poliomielitis: la rehabilitación integral en la Argentina de mediados del siglo XX História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.22, n.3, jul.-set. 2015, p.941-960.¹

² Debido a las particularidades del idioma castellano, cuando se utiliza el masculino genérico se hace referencia a ambos géneros, teniendo en cuenta la perspectiva igualitaria y de equidad de género

reeducación y rehabilitación del movimiento, en el restablecimiento de la capacidad pulmonar óptima, para lograr la inclusión del paciente en su medio social, en la interacción con su medio hospitalario; abarcando todas las áreas de desempeño tanto en internación como consultorio externo, respetando la progresión en el nivel de complejidad.

2. FUNDAMENTACIÓN

Debido al avance en el campo de la medicina en general, al aumento de la expectativa de vida, al aumento de enfermedades crónicas, al creciente número de accidentes automovilísticos y de la vía pública y al avance tecnológico en cuanto electromedicina de soporte, se requieren recursos humanos especializados en la atención de patologías complejas que demandan una mayor interrelación entre los diferentes niveles de atención.

El aumento de la expectativa de vida experimentado en los últimos decenios ha dado lugar al desarrollo de enfermedades crónicas, donde las enfermedades respiratorias ocupan un lugar preponderante. Tal es el caso de las enfermedades que derivan en insuficiencia respiratoria crónica, que es la situación final de varias enfermedades respiratorias, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), fibrosis pulmonares primarias o secundarias y la hipertensión pulmonar primitiva o secundaria. Asimismo, las alteraciones de la caja torácica como la cifoescoliosis pronunciada, bronquiectasias o secuelas fibróticas post-tuberculosis, pueden conducir a hipoxemia e hipercapnia severas. Estas enfermedades ocasionan un importante deterioro psicofísico y social, con una disminución en la calidad de vida. Estos pacientes están sujetos a complicaciones reiteradas y numerosas internaciones con el consecuente aumento del costo económico para el sistema de salud.

Debemos mencionar que según el análisis de situación de salud la mortalidad por patologías respiratorias constituyen el 22.9% del total. Esto plantea un desafío en el abordaje de la especialidad, la cual puede intervenir en la reducción de dichas cifras.

La labor principal se centra en la función ventilatoria, desde un abordaje integral, ya que es importante destacar que la internación prolongada en unidades críticas produce deterioro y desacondicionamiento físico, sumado a comorbilidades previas o simultáneas. Por todo ello y para evitar y prevenir alteraciones asociadas, es necesario una mirada centrada desde lo respiratorio pero sin olvidar el resto de los sistemas, que en muchas situaciones pone en riesgo la vida del paciente.

La Kinesiólogía y Fisiatría Intensivista es una especialidad que permite al profesional desempeñarse en una Unidad de Pacientes Críticos o de Cuidados Intensivos. En dicho ámbito es necesario un abordaje interdisciplinario en donde la mirada intervencionista kinésica se integre al trabajo en el marco del equipo de salud.

Si bien es cierto que entre los profesionales de la salud que ejercen en unidades de pacientes críticos no existen criterios unívocos respecto de los enfoques sobre la matriz terapéutica a aplicar, las competencias profesionales de los kinesiólogos, desarrolladas por especialistas en este campo de conocimientos garantizan las perspectivas fundadas desde el rol que les compete hasta la calidad de la formación que los sostienen. Las diversas estrategias de tratamiento que se aplican para restaurar la función pulmonar en todas las áreas de atención, se han perfeccionado y han dado lugar a consensos locales. Estos, son fuente de criterios fundados en evidencia científica, y de utilización corriente para los que incursionan en el área especializada.

La incidencia del avance científico y tecnológico, sumado a los cambios de factores socio-culturales-ambientales, exige de los profesionales un mayor nivel de capacitación, así como la

construcción de competencias complejas que permitan una intervención acertada y efectiva en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado.

Las enfermedades respiratorias crónicas (ERC) son afecciones que comprometen al pulmón y/o a las vías respiratorias. Dentro de ellas se encuentran:

- Asma,
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC),
- Rinitis alérgica,
- Enfermedades pulmonares de origen laboral,
- Hipertensión pulmonar.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, se estima que 235 millones de personas padecen asma y 64 millones tienen EPOC. La misma fuente indica que mueren anualmente en el mundo alrededor de 4 millones de personas a causa de las ERC, siendo la EPOC la principal responsable.

Los factores de riesgo más importantes de las ERC son los siguientes:

- Fumar
- Contaminación del aire en espacios cerrados, por ejemplo la exposición pasiva al humo de tabaco.
- Contaminación ambiental
- Exposición a sustancias que producen reacciones alérgicas.
- Inhalación de polvo y productos químicos en el medio laboral.
- Antecedentes familiares de asma u otras alergias.

La EPOC se caracteriza por establecerse de manera paulatina, con alta frecuencia de sub-detección y diagnóstico tardío, lo cual conduce a mayor carga de morbilidad por internaciones y tratamiento inadecuado. Si bien existen otras enfermedades respiratorias crónicas, la mayor carga de prevalencia y morbilidad es atribuible a las enfermedades obstructivas. Dentro de sus co-morbilidades se señalan las cardiovasculares (insuficiencia cardíaca, arritmias, enfermedad coronaria), el cáncer de pulmón y la osteoporosis.

El kinesiólogo intensivista lleva a cabo medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento de las distintas patologías y su inclusión en las diversas unidades tales como: Emergencia, Unidad de Terapia Intensiva de adultos, pediátricos y Neonatal, Unidad Coronaria, Cirugía Cardiovascular, de Tráquea y Tórax, Trasplantes, Neuroquirúrgicos, Quemados y Politraumatizados.

Es por ello que enfrentamos la necesidad de delinear un programa de Kinesiología orientado hacia la especialidad “Kinesiología y Fisiatría Intensivista”, que aporte conocimientos particulares dirigidos a este grupo de pacientes, ya sea para el tratamiento de patologías agudas como crónicas, englobando aquí el gran capítulo de la “Rehabilitación Respiratoria”.

Durante estos últimos años y atentos a la diversidad de actividades formativas y asistenciales de las sedes, el compromiso se orientó a fortalecer competencias comunes teniendo en cuenta el perfil profesional, adecuado a las necesidades de salud de la población.

Cabe destacar, que las intervenciones se conciben en el marco de la política de Atención Primaria de la Salud (APS), proceso social a través del cual los profesionales del campo de la salud “devuelven” a la población la responsabilidad primaria del cuidado de su salud personal y colectiva. De este modo, la población deja de ser el “paciente pasivo” que nada debe saber de su salud, porque ello es considerado como patrimonio exclusivo y excluyente de profesionales o

auxiliares de los servicios tradicionales. Hoy se habla de “cuidado integral de la salud para todos y por todos”.

La política regulatoria del Ministerio de Salud de la Nación para la acreditación de residencias, establece una base en la formación, a fin de asegurar estándares de calidad, a través de lineamientos curriculares comunes. Define e incluye en los Marcos de Referencia, los contenidos transversales, que hacen a la formación integral del residente en el marco de las políticas de salud y las estrategias de Atención Primaria de la Salud.

Los contenidos transversales hacen referencia a cuestiones que se ponen en juego en el encuentro con “los otros” con los que se desarrollan las prácticas en salud. Implican y suponen saberes que exceden a lo disciplinar/académico. Sin embargo, están presentes en todo encuentro con los usuarios, equipos, familiares, comunidad, opinión pública y comunidad científica.

Asimismo, son parte esencial de la posibilidad de que ocurra un “acto en salud” ; dan cuenta de qué y cómo se consideran a “los otros”, cómo se hacen viables ciertos procesos que se consideran fundamentales para la resolución de problemas de salud, cómo se cuidan a aquellos con quienes se interviene, cómo se reflexiona en y sobre nuestra práctica cotidiana, qué nos ocurre con la dimensión emocional, cómo se favorece el trabajo en equipo con otros profesionales de la misma especialidad y/o de otras, con otros trabajadores del sistema y de otros sectores.

En los programas de formación docente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los contenidos transversales se organizan en cuatro ejes que destacan dimensiones en el desempeño del profesional de la salud:

1. El profesional como sujeto activo en el sistema de salud.
2. Dimensión ética y de cuidado en salud. Sujetos de derecho.
3. Educación permanente y producción de conocimientos.
4. Comunicación en salud.

La residencia ofrece la posibilidad de formación integral del especialista contemplando diferentes modalidades de atención (ambulatoria e internación con cuidados progresivos). Hace énfasis no solo en acciones de asistencia sino también en promoción y en prevención. Promueve las actividades de docencia e investigación sirviendo de estímulo no sólo para el profesional en formación sino para todos aquellos involucrados en la enseñanza.

Por último, en el Plan Estratégico 2014-2019 la OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud), establece la transformación de los servicios de salud hacia el concepto de “redes integradas”, como un modo de fortalecer el modelo de atención y establecer el acceso universal a la salud con servicios de calidad en todo el país.

Los sistemas de salud basados en la APS de redes integradas, es la estrategia más adecuada para promover mejoras equitativas y sostenibles. El objetivo de la OPS/OMS es lograr “servicios de atención primaria con un acceso universal, equitativo e integral”, que formen parte de una red junto con hospitales de cabecera y de alta complejidad, teniendo en cuenta “los determinantes sociales de la salud” e incluyendo sistemas de información abiertos que permitan una mejor gestión gubernamental y ciudadana.

Los modelos de atención son “integrales”, cuando el conjunto de acciones de promoción, prevención, curación, paliativo y rehabilitación son desarrolladas por el sistema de salud a través de actividades sobre el ambiente, los determinantes sociales, las poblaciones y las personas y dichas acciones están orientadas a promover, proveer y facilitar una atención eficaz, oportuna, eficiente y de calidad hacia las personas, considerando su integridad física, psíquica y social.

IF-2018-30628253- -DGDIYDP

Este modelo centrado en las personas, entiende a la salud como un derecho humano esencial y universal. Para ello, es importante contar con equipos de salud multidisciplinarios que tengan a su cargo la atención de una parte de la comunidad, de manera de tener un alcance más cercano.

En este marco, las vías para avanzar hacia redes integradas en nuestro país son las estrategias para la gestión de calidad, las acciones para el financiamiento y la renovación de los espacios y las tecnologías sanitarias con un modelo de atención basado en APS.

Actualmente, existe un creciente aumento de la demanda en salud hacia el sector público que genera un mayor compromiso en dar respuestas concretas. Por ello, es una necesidad cada vez mayor la adecuación de los espacios destinados a la salud a los nuevos modos de atención.

En este contexto, los profesionales de la kinesiólogía aplican sus conocimientos y habilidades de un modo interdisciplinar, a fin de llegar a la resolución de problemas complejos de salud en el marco de las nuevas modalidades de atención, tecnologías e Infraestructura.

La residencia, como formación de posgrado, tiene un gran impacto en la definición de la identidad profesional, basada en la ética y en conductas solidarias. Por esto, se planifica la formación desde la especificidad del campo respiratorio desde la baja complejidad hasta la intervención en las unidades críticas.

2.1 Consideraciones generales sobre los programas de las residencias del GCBA

El sistema de residencias

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

Las **residencias** en su conjunto, se incorporan al sistema de atención de la salud dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y se desarrollan con la activa participación de todos sus integrantes en la programación, ejecución y evaluación de las mismas (Ordenanza 40997/86)

Las **residencias**, como integrantes del sistema de atención de la salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ajustarán sus programas en acuerdo con las pautas establecidas por la Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ley 153 y modificatorias)

Según dicha ley, la garantía del derecho a la salud integral se sustenta en los siguientes principios:

La **concepción integral de la salud**, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente. El desarrollo de una cultura de la salud así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad.

La **participación de la población** en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo.

La **solidaridad social** como filosofía rectora de todo el sistema de salud. (.....)

IF-2018-30628253- -DGDIYDP

La **organización y desarrollo del área estatal** conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel; (.....)

El **acceso de la población a toda la información** vinculada a la salud colectiva y a su salud individual. (Ley 153. Art 3 Definición. Selección)

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

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

El programa por especialidad

El programa pauta las competencias que serán adquiridas por el residente a lo largo de su trayecto formativo, reconoce ámbitos y niveles de responsabilidad y establece el perfil común esperado para todos los residentes de la misma especialidad. Para ello, será necesario tener en cuenta las diversidades en la formación de grado como línea de base en la formación. A su vez, esta formación promoverá la adquisición de las competencias necesarias para el ejercicio profesional. El programa también contemplará la formación del residente en los diferentes niveles de atención del sistema de salud de la ciudad.

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

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

Desde esta perspectiva, cobra especial dimensión el esfuerzo conjunto de articulación y concertación de las actividades de formación entre los responsables de la residencia; desde la autoridad de aplicación³ y la inclusión de coordinadores generales, jefes de servicios; coordinadores locales de programa y de rotaciones, jefes de residentes, instructores de residentes, para aprovechar las mejores capacidades formativas de cada ámbito.

Por otra parte, el programa constituye un documento esencial para pautar los recursos indispensables para que los servicios reciban residentes y para encuadrar los procesos de acreditación de capacidad formadora. Aquí se debe evaluar la adecuación de los proyectos locales en función del programa general.

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

³ Autoridad de aplicación: Organismo del Ministerio de Salud del GCABA que tiene directa responsabilidad sobre el sistema de residencias y concurrencias

2.2. Descripción de la población destinataria

De acuerdo al último Censo Nacional de Población y Vivienda (INDEC 2010) la Ciudad Autónoma de Buenos Aires posee 2.890.151 habitantes. En cuanto a su composición, se trata de una pirámide poblacional envejecida: una base pequeña, con pocos nacimientos, y una terminación ensanchada dada por la presencia de muchos adultos mayores. En 2015, este último grupo etario representa el 16% de la población total, un peso cercano al que tienen los menores de 15 años (19,1%). En consecuencia, se registran 84 adultos mayores cada 100 niños y adolescentes. Esta estructura envejecida es más acentuada en la zona norte donde el peso de los adultos mayores es 18,5%. En el extremo opuesto, la zona sur tiene un menor porcentaje de personas de 65 años y más, mientras que la proporción de población joven es superior al resto de las zonas (23,7%).

La estructura poblacional está asociada a su crecimiento: resultado de los nacimientos, defunciones y migraciones. En promedio, anualmente nacen 13 niños y fallecen 10 personas cada mil habitantes. Las mujeres de Buenos Aires tienen en promedio 2 hijos. Por otro lado, los porteños viven, en promedio, 75 años los varones y 82 años las mujeres⁴.

La población usuaria exclusivamente del subsector público de salud representa el 20% del total de habitantes.

Cabe señalar que por ser la ciudad la capital de la República Argentina, como todo conglomerado urbano, recibe en días y horas laborables una cantidad de ciudadanos que exceden notablemente el volumen de su población residente. Por ello, es esperable que los porcentajes estimados a partir de los estudios estadísticos se incrementen debido al uso de los servicios públicos de la Ciudad por parte de la población que transita, estudia o trabaja sin ser residente del distrito. En particular, la atención de las patologías respiratorias se distribuye tanto en los hospitales monovalentes como en los hospitales de agudos.

En Argentina, en 2015 se registraron 56901 muertes por enfermedades del sistema respiratorio, lo que representó el 17,07% del total de muertes por cualquier causa y fue la tercera causa de muerte detrás de las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores. La tasa de mortalidad fue de 131,92 muertes por 100.000 habitantes. El 85% de las defunciones por enfermedades respiratorias se concentraron en tres grupos de causas del Capítulo J de la CIE-10: 48,85% muertes por neumonía, 22,89% por otras enfermedades del sistema respiratorio y 13,49% por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. El número de muertes es mayor en mujeres que en varones: 47,9% en hombres versus 52,1% en mujeres.

Los datos locales disponibles indican una elevada prevalencia de síntomas respiratorios en la población y un alto consumo de tabaco, aunque las cifras vienen descendiendo.

Según el último censo, las enfermedades respiratorias crónicas son responsables del 9% de las defunciones. La mortalidad registrada en certificados de defunción entre 1980 y 1988 mostró un aumento de la tasa atribuida a la EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica). En 2013 se registraron 2.596 muertes de adultos con EPOC de entre 40 y 74 años en Argentina, 12,8% más que en 2012 (2.301 muertes); y la tasa de mortalidad para 2013, ajustada por edad y sexo fue 20,25 % por 100.000 habitantes, 9,6% más que en 2012.

La tendencia de la mortalidad por EPOC de 40 a 74 años tuvo dos períodos: aumentó 3,7% anual entre 1980 y 1995, y se mantuvo estable entre 1995 y 2013. La tendencia fue diferente

⁴ Buenos Aires en Números. Año 2017. Dirección General de Estadísticas y Censos del GCBA. Disponible en: http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2017/05/2017_05_buenosaires_en_numeros.pdf

en el grupo de edad productiva, en el que inició un lento descenso a partir de 1991 y entre los adultos mayores, en los que se mantuvo estable desde 1995.

En el registro de la tasa de mortalidad general 2010-2014 por 100.000 habitantes del INDEC se hace mención a las enfermedades del sistema respiratorio alcanzando un registro del 16,7, discriminando para la neumonía e influenza, un 7,6 y para el resto de las patologías respiratorias un valor de 9,1.

Los diferentes estudios realizados señalan que el tabaco es la segunda sustancia psicoactiva más consumida, luego del alcohol. Según los estudios realizados, desde el 2005 al 2013, se registra una ligera baja en los niveles de consumo. Al diferenciar por sexo, se observa que el descenso en el consumo fue mayor entre los varones, principalmente entre los años 2009 y 2013.⁵

Muchos de los pacientes portadores de EPOC son atendidos en el Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, el cual fue creado para tratar las complicaciones respiratorias asociadas a la epidemia trágica de poliomielitis anterior aguda de los años 1955 y 1956. Actualmente acceden pacientes con afecciones respiratorias agudas, crónicas reagudizadas y crónicas. En el ámbito de esta institución, se creó la primera terapia intensiva y el primer servicio de kinesiólogía del país, se impulsó la asistencia respiratoria mecánica y se desarrolló la ventilación no invasiva, hoy eje de la atención de pacientes agudos. En la actualidad, la mayoría de los Hospitales de CABA cuenta con Unidades de Cuidados Intensivos, donde se desempeñan distintos profesionales y el accionar del kinesiólogo tiene un papel fundamental en el tratamiento de estos pacientes.

Dada la particularidad de esta enfermedad, los pacientes con EPOC, además de tratamiento médico y kinésico, es necesario, que sean incluidos en programas de educación y rehabilitación que contribuyan a su reinserción social.

3. PROPÓSITOS GENERALES

El desarrollo del programa deberá:

- Promover una formación que integre la perspectiva clínica, institucional y comunitaria de las problemáticas de Salud de la población de referencia del sistema de salud de la ciudad de Buenos Aires.
- Concientizar acerca de la especificidad de la práctica de la Especialidad del Kinesiólogo Fisiatra Intensivista en las unidades de cuidados intensivos
- Formar profesionales capaces de utilizar adecuadamente los diferentes dispositivos y recursos que el sistema de salud dispone.
- Brindar las mejores oportunidades de aprendizaje que el sistema ofrece en las distintas áreas y niveles
- Estimular las capacidades docentes de acompañamiento, supervisión y orientación dentro de la residencia y con otras residencias.
- Reflexionar acerca del contexto histórico e institucional de las prácticas de salud.

⁵ Sedronar: ESTUDIO NACIONAL Informe de Resultados N° 1 en población de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas 2017 <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/2017-10-05ZEncuestaZHogaresZconZcuestionario.pdf>

- Fomentar modelos de integración y de trabajo interdisciplinario entre todos los profesionales del equipo de salud.
- Estimular el desarrollo de la investigación y la producción científica.
- Formar profesionales responsables desde el punto de vista científico, ético y social.
- Formar recursos humanos flexibles, con amplitud de criterio, creativos, generadores de espacios de trabajo que permitan el desarrollo y crecimiento de la especialidad.
- Promover la implementación de un sistema de gestión de calidad acorde a las necesidades de su ámbito de desempeño
- Promover la integración de temas transversales y estrategias para autocuidado.
- Promover la integración del kinesiólogo orientado en Kinesiología y Fisiatría Intensivista al equipo de salud teniendo una activa participación en la promoción y cuidado de la salud.
- Formar para la atención y rehabilitación de patologías respiratorias, tanto agudas como crónicas, con la intención de mejorar la calidad de vida y la inclusión social del paciente.

3. PERFIL DEL KINESIÓLOGO ORIENTADO EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA INTENSIVISTA

El Especialista en Kinesiología y Fisiatría Intensivista atiende a pacientes con patologías respiratorias tanto agudas como crónicas en los ámbitos ambulatorios, de internación y de cuidados críticos, elaborando estrategias de abordaje acordes a la evaluación realizada. Aplica los principios éticos en la práctica clínica incluyendo el uso apropiado de los principios de justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía de derechos del paciente.

Gestiona 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 teniendo en cuenta los aspectos éticos y legales.

Trabaja en una red integrada de salud, participa en equipos interdisciplinarios y se desempeña con eficacia contando con los criterios y conocimientos necesarios para planificar y evaluar servicios y recursos de salud.

Participa en los procesos de educación permanente, investigación, supervisión, evaluación y revisión crítica de las prácticas en los ámbitos de desempeño del equipo.

Genera y participa en actividades de autocuidado y cuidado del equipo de salud para una mejor atención del paciente y la familia.

4.1. Áreas de competencia

Las áreas de competencia del kinesiólogo orientado en Kinesiología y Fisiatría Intensivista se han definido por competencias específicas que se agrupan según niveles de atención.

1. Atender a pacientes con patologías respiratorias tanto agudas como crónicas en los ámbitos ambulatorios y de internación, elaborando estrategias de abordaje acordes a las evaluaciones realizadas, con la posibilidad de utilizar las tecnologías apropiadas.

- 1.1. Atender pacientes en el ámbito ambulatorio.

- Confeccionar y realizar una lectura crítica de la historia clínica, seleccionando la información relevante.
 - Realizar una evaluación clínico-respiratoria de paciente.
 - Planificar e implementar estrategias diagnósticas y terapéuticas
 - Realizar el tratamiento prequirúrgico y postquirúrgico de pacientes respiratorios.
 - Redactar informes kinésicos, evaluaciones y evoluciones.
 - Instrumentar la terapéutica mediante el uso del equipamiento tecnológico necesario.
1. Atender pacientes en el ámbito de internación.
 - Confeccionar la historia clínica kinésica, impresión diagnóstica y estrategia de tratamiento acorde a lo evaluado.
 - Evaluar el estado general de salud del paciente e implementar el tratamiento de higiene bronquial correspondiente.
 - Realizar el control respiratorio del paciente con asistencia ventilatoria mecánica
 - Asistir en urgencia en forma coordinada con el equipo de salud
 - Interpretar los estudios complementarios.
 - Realizar las interconsultas pertinentes a las diferentes especialidades del equipo de salud
 2. 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 teniendo en cuenta los aspectos éticos y legales.
 - Registrar en las historias clínicas
 - Integrar equipos interdisciplinarios
 - Evaluar la propia práctica de acuerdo a parámetros de calidad y realizar las modificaciones pertinentes,
 - Realizar acciones de promoción de la salud
 - Liderar procesos y equipos de trabajo
 3. Participar en actividades de educación permanente, docencia e investigación para contribuir a la producción y difusión de nuevos conocimientos.
 - Participar en acciones de educación permanente
 - Desarrollar tareas docentes en su ámbito de desempeño
 - Analizar críticamente y comunicar los resultados de la práctica profesional.
 4. Generar y participar en actividades de autocuidado y cuidado del equipo de salud para una mejor atención del paciente y la familia, teniendo en cuenta las estrategias comunicacionales
 - Ejercitar el autocuidado siendo consciente de las propias fortalezas y debilidades personales.
 - Implementar el cuidado de los profesionales y no profesionales.
 - Aplicar estrategias comunicacionales con pacientes, familiares, cuidadores y otros integrantes del equipo de salud

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

La residencia constituye un proceso de formación continua que tiene como objetivo formar especialistas en Kinesiología y Fisiatría Intensivista de acuerdo al perfil definido por las necesidades del sistema sanitario establecidas por el Gobierno de la Ciudad.

En el ámbito del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la residencia es básica y actualmente cuenta con una sede.

La **duración de la residencia** es de 3 años con carga horaria de 9 horas diarias y con dedicación exclusiva.

El **ingreso** se regirá por la Ordenanza 40.997, sus modificatorias y las disposiciones vigentes, y se realizará por medio de un **concurso público** que permite confeccionar un orden de mérito (promediando el puntaje obtenido en el examen y el promedio de la carrera de grado), según el cual los aspirantes adjudican las vacantes.

El régimen de **guardias** como así también el de las **licencias** ordinarias y extraordinarias se rige por lo establecido en la Ordenanza 40.997 y sus modificaciones. Pueden existir diferencias entre las unidades formativas respecto del cumplimiento de esta actividad de acuerdo a los proyectos locales. Se realizarán en la medida que se garantice el alcance de los objetivos del presente programa y dentro de las normativas vigentes.

Requisitos de ingreso:

Sobre el tiempo de graduación: desde la fecha de emisión del diploma hasta la fecha de cierre de la inscripción al concurso, el postulante no deberá exceder los 5 (cinco) años de graduación, al momento de cierre de la inscripción del año en que se concursa.

Edad: "A la fecha de inscripción, los/las aspirantes deberán contar con una edad tal que sumando a ésta el tiempo de la residencia, más un lapso de trabajo equivalente al doble de tiempo invertido en su formación de postgrado, no supere la edad prevista para acceder a la jubilación".

Documentación necesaria:

- **Documento de acreditación de identidad:** D.N.I., L.C., L.E. o Cédula de Identidad para argentinos/as o naturalizados/as. Pasaporte en regla para extranjeros/as.
- **Título universitario académico:** original del certificado de título universitario en trámite u Original o fotocopia autenticada del título académico. Se aceptará certificado expedido por la Escuela de Kinesiología, debiendo sin excepción presentar el original o fotocopia autenticada del título académico y la matrícula nacional al momento de la readjudicación.
- **Extranjeros:** el título deberá estar legalizado por organismos oficiales. Deben presentar original o fotocopia legalizada, a través de Cancillería, según Acta de Acuerdo de Haya y deberán haber finalizado los tramites de reválida y convalidación de título profesional, en los Ministerios de Salud y Educación de la República Argentina. En ningún caso se aceptará documentación en trámite.
- **Promedio general de la carrera:** para argentinos, naturalizados y extranjeros: fotocopia autenticada del promedio general de la carrera, aplazos incluidos (escala de 0 a 10), que será retenida al momento de la inscripción, pero no es un requisito excluyente para la misma.

Condiciones de acreditación de sedes para el desarrollo de la residencia

En vistas de que las características prestacionales de los centros se traducen en oportunidades de formación para los residentes es que se establecen parámetros que garanticen una formación sólida y completa.

Los centros deberán ofrecer la oportunidad de realizar la práctica mínima indispensable para la formación en la especialidad, podrán establecer convenios con otras instituciones para cumplimentar los requisitos exigidos, pero siempre respetando una estructura básica.

Condiciones mínimas que debe reunir una sede para recibir residentes.

La sede base deberá contar con:

- Profesionales de planta de la especialidad comprometidos con la formación.
- Responsables docentes para la formación de los residentes en la especialidad.
- Instalaciones y equipamiento adecuado a las actividades establecidas en los programas.
- Acceso a fuentes de información de la especialidad en textos, revistas y bibliotecas virtuales.
- Espacio de reunión grupal del equipo interdisciplinario.

Requisitos para constituir sedes de rotaciones:

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

- Ser una institución pública o privada de salud reconocida por su capacidad de formación y compromiso.
- Cumplir con los objetivos específicos del programa general de la residencia.
- Contar con consultorios docentes y profesionales de la especialidad responsables de la rotación.
- Los profesionales referentes deberán realizar supervisión y evaluación de los residentes rotantes.

6. ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN

Se entiende por estrategias de capacitación al conjunto sistematizado de métodos, procedimientos, dispositivos y actividades que se integran alrededor de los núcleos de formación para el logro del perfil. Dentro de las estrategias de capacitación es posible distinguir dos grandes grupos:

- Aquellas que toman como punto de partida la información y el conocimiento para luego transferirlos a la práctica.
- Las que parten de la práctica en sí misma para inferir y construir los conceptos y principios que de ella surgen. En éstas deben incluirse las diferentes dimensiones que intervienen las prácticas en salud: fisiopatológica, cultural, entorno familiar, entorno epidemiológico, entre otras.

A continuación se presentan lineamientos generales que orientan la formulación de estrategias:

Asegurar una fuerte formación práctica

Se deberán elegir aquellas actividades que le permitan al residente tomar contacto con un número suficiente de pacientes y una gama amplia de patologías dónde pueda ejercer las habilidades del manejo del paciente en la toma de decisiones.

Promover la participación de profesionales de planta

Deberán planificarse actividades que interrelacionen a los residentes con los profesionales de planta para lograr el objetivo del aprendizaje supervisado.

Promover la supervisión al interior de la residencia

El residente participa de una cadena de supervisiones que se extiende desde la coordinación general hacia el interior de la misma. La supervisión es el sistema que integra la evaluación del proceso de capacitación, no se limita a controlar la eficacia de las acciones sino que es una instancia más para el aprendizaje. La supervisión se debe convertir en un medio para la formación que incluya pero que también supere el control de la tarea.

Promover el autocuidado de los equipos de salud

Deberán planificarse actividades vinculadas al autoconocimiento y cuidado del equipo de salud. Los residentes y el equipo de salud trabajan con cuestiones vinculadas a historias de vida, dolor, sufrimiento, muerte, ilusiones, expectativas que nos interpelan, interrogan y cuestionan en tanto personas. Estos temas pueden ser invisibilizados produciendo el padecimiento de los profesionales y trabajadores de la salud en general⁶.

Estimular la integración asistencia - docencia - investigación

Desde la residencia se promoverán todas las actividades que permitan articular las funciones de asistencia –docencia e investigación. Es recomendable que el residente se incorpore integralmente a las actividades que se realizan en el servicio en el marco de las normas vigentes.

Integrar la formación teórica con la práctica

Los ateneos y los cursos que se dicten en la residencia estarán vinculados con la práctica clínica diaria. Es esperable que se desarrollen todas las modalidades conocidas para la realización de ateneos y /o estudio de casos y que los cursos estén más articulados con la práctica, y que incluyan las diferentes dimensiones de los problemas de salud.

Fomentar la interdisciplina:

Promover las actividades inter residencias de distintas especialidades y con el equipo de salud del mismo hospital y de otros hospitales del sistema.

Dispositivos de enseñanza-aprendizaje

- Los dispositivos de reflexión y producción de conocimiento a partir de la práctica, se presentan bajo la forma de:
 - ◇ Supervisión capacitante.
 - ◇ Aprendizaje basado en problemas
 - ◇ Problematización de situaciones reales.
 - ◇ Talleres sobre temas transversales y estrategias para autoconocimiento.

- ◇ Rotaciones.
- ◇ Ateneos clínicos y teóricos
- ◇ Elaboración de proyectos.
- ◇ Trabajos de Investigación.
- Reuniones de información y debate: constituyen encuentros educativos con la presencia de especialistas del servicio y/o de invitados especiales. Pueden presentarse bajo la forma de:
 - ◇ Clases
 - ◇ Conferencias
 - ◇ Paneles
 - ◇ Mesas redondas, entre otras.
 - ◇ Discusión interdisciplinaria e inter-servicios de casos no resueltos

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

La actividad específica se irá escalonando progresivamente desde un grado inicial de complejidad menor, hasta tareas complejas y de supervisión realizadas por el residente del último año y los profesionales de planta del servicio.

Ámbitos de desempeño

- Salas de internación
- Unidad Coronaria
- Unidad de Terapia Intensiva/ Intermedia
- Consultorios externos
- Servicio de Guardia

7.1 Organización general de las actividades por áreas de formación

7.1.1 Actividad formativa asistencial/ técnica supervisada.

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

- a) **Consultorios externos:** Ingresan pacientes derivados de la guardia o internación o pacientes ambulatorios: tareas administrativas, procedimientos asistenciales
Las actividades del consultorio externo se centran en: Toma de muestra de secreciones, manejo de vía aérea artificial, evaluación de la deglución, titulación de oxígeno, espirometrías, realización de test de marcha, rehabilitación respiratoria. Evaluación y tratamiento de patologías de sueño.
- b) **Interconsultas:** el residente aprenderá la evaluación, seguimiento e indicación. evaluación que será supervisada por tutores de los distintos ámbitos de desempeño.
- c) **Guardias:** la realización de guardias tiene como finalidad el aprendizaje supervisado del cuidado de los pacientes críticos Evaluación del paciente, valoración de insuficiencia respiratoria, aerosolterapia, instalación de ventilación no invasiva, monitoreo ventilatorio, control de interfase, valoración de condiciones para el alta o internación.
- d) **Sala de internación:** el residente realizará toda la actividad vinculada al seguimiento de

IF-2018-30628253- -DGDIYDP

los pacientes internados y realizará presentaciones de dichos pacientes.

Las actividades en la sala se basan principalmente en la evaluación general del paciente con patología respiratoria. Evaluación y monitoreo de la vía aérea y/o artificial, toma de muestra de secreciones, cambios de interfase de la ventilación invasiva/ no invasiva, mediciones de presiones bucales, aplicación de protocolos de destete, decanulación, evaluación y estimulación de la deglución, evaluación muscular según protocolos. Implementación de tratamientos específicos acordes a cada patología, seguimiento y alta kinésica.

Rotaciones por año y ámbito de desempeño:

Ámbitos de desempeño	Carga Horaria
Segundo año Rotaciones	
Pediatría: Consultorios Externos e Internación	2 meses
Tercer año	
Unidad Coronaria Rotación optativa	2 meses Hasta 2 meses

7.1.2. Actividad de articulación formativa-docente

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

- a) **Actividad sistematizada:** mediante la asistencia programada, el residente participará de:
- Clases, cursos, conferencias de actualización realizadas por los residentes de años superiores y kinesiólogos y médicos de planta.
 - Ateneos clínicos, ateneos anatomopatológicos, de morbimortalidad y ateneos bibliográficos.
 - Confección de trabajos científicos
 - Jornadas anuales de residentes
 - Cursos transversales
- b) **Actividad no sistematizada:** es complementaria a la actividad asistencial diaria, se revisan y se discuten las bases teóricas del manejo de los pacientes internados entre los profesionales de planta y residentes. En este punto, la actividad se transforma en teórico-práctica, dado que dicho conocimiento teórico se concreta inmediatamente en conductas diagnósticas y tratamiento a aplicarse al paciente individual.

7.1.3. Actividad de investigación

Se dedicará a esta actividad el 10% del tiempo total destinado a la formación e incluye:

- Elaboración de un trabajo de investigación anual obligatorio (revisiones, actualizaciones, elaboración de protocolos de investigación y/o ensayos clínicos).
- Participación en Jornadas Anuales de Kinesiología organizadas por residentes, concurrentes y becarios presentando la elaboración de la sede.

7.1.4. Formación complementaria

- **Cursos obligatorios y/u opcionales:**

Obligatorios: ofrecidos por el GCBA – gratuitos

Opcionales: se puede sugerir realizar cursos en instituciones reconocidas, teniendo en cuenta la calidad de la oferta educativa y las necesidades de formación.

- **Idioma extranjero** que permita interpretar un texto referido a temas de la especialidad. La Dirección de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional dicta un curso de inglés al que pueden acceder los residentes, según disponibilidad, que les permitirá interpretar un texto referido a temas en el área de la salud.
- **Informática:** adquisición de herramientas de acceso informático para lograr que los residentes sean capaces de utilizar el procesador de textos, base de datos y acceder a bibliografía por este medio.
- **Metodología de la investigación.**
- **Otros cursos específicos sugeridos:** Carrera de Especialista en Kinesiología y Fisiatría Intensivista (no obligatorio).

7.2. Objetivos, actividades, por año y por rotación

Objetivos generales de la residencia

- Conocer y actuar de acuerdo al marco normativo y organizacional de la Constitución, la Ley Básica de Salud y del Sistema de Salud del GCBA.
- Conocer las distintas patologías respiratorias agudas y crónicas y sus variantes en cuanto a evolución, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- Aplicar los lineamientos de gestión de la atención kinésica intensivista.
- Diseñar e implementar actividades de promoción y educación para la salud con los pacientes y la comunidad en general, destinadas a tratar y prevenir las afecciones correspondientes al área.
- Adquirir una visión integral del paciente en sus aspectos biológico, psicológico y social.
- Desempeñar un rol activo y protagónico en su ámbito de desempeño.
- Adquirir y perfeccionar habilidades y destrezas básicas como parte de los procedimientos que realiza en los distintos ámbitos de desempeño y en situaciones clínicas reales.
- Definir estrategias y realizar el diagnóstico y tratamiento de patologías respiratorias.
- Responder los desafíos del proceso de toma de decisiones clínico y ético.

IF-2018-30628253- -DGDIYDP

- Identificar problemas de investigación relevantes para la comunidad en la que trabaja.
- Desarrollar trabajos de investigación en la especialidad.
- Integrar, coordinar e implementar equipos interdisciplinarios e intersectoriales.
- Practicar el autoconocimiento, autocuidado y cuidado del cuidador.
- Reconocer la importancia de la educación permanente.
- Desarrollar funciones docentes para la enseñanza de la especialidad.
- Desarrollar estrategias de atención primaria en todos los niveles de atención de la salud.

PRIMER AÑO DE LA RESIDENCIA

Durante el primer año se organizará la actividad por las siguientes áreas:

- Rehabilitación Respiratoria (6 meses)*
- UTI (6 meses) *
- Consultorio Externo (6 meses)*⁷

OBJETIVOS:

- Conocer su contexto diario, el organigrama hospitalario, la distribución y ubicación de los distintos Servicios.
- Conocer las bases teóricas que sustentan la práctica de los cuidados respiratorios.
- Conocer y asistir en la implementación de procedimientos utilizando los equipamientos necesarios para la práctica.
- Conocer y aplicar criterios epidemiológicos en la atención
- Integrar herramientas diagnósticas para arribar a un diagnóstico y tratamiento kinésico prioritario en relación a la patología.
- Reconocer su rol profesional específico dentro de un equipo de salud.
- Desarrollar trabajos descriptivos.
- Realizar actividades de promoción y educación para la salud.

ACTIVIDADES:

- Participación en la reunión informativa del reglamento de la residencia y de las actividades que desarrolla.
- Elaboración de historias clínicas y evaluación kinésica.
- Interpretación exámenes complementarios.
- Atención de pacientes supervisada de acuerdo a complejidad.
- Asesoramiento al paciente y/o su familia en relación a la patología, cuidados, controles y seguimiento, privilegiando en todos los casos la comunicación.
- Realización de búsquedas y lecturas bibliográficas.
- Escritura y presentación de trabajo monográfico.
- Participación en simulacros de evacuación institución
- Participación en charlas informativas a la comunidad

^{*7} Estas áreas de desempeño pueden realizarse en forma simultánea

SEGUNDO AÑO DE LA RESIDENCIA

Las actividades se organizarán en las siguientes áreas: *estas actividades se agregan a los ámbitos de desempeño de la internación*

- Laboratorio Pulmonar (1 mes)
- Sueño (2 meses)
- Endoscopia (1 mes)
- Rehabilitación Respiratoria (1 mes)
- UTI (1 mes)

OBJETIVOS:

- Planificar e implementar en base a la evidencia científica el tratamiento kinésico a los diversos síndromes respiratorios
- Conocer conceptos básicos de farmacología acerca del mecanismo de acción, indicaciones, contraindicaciones, efectos colaterales e interacciones de las drogas.
- Implementar las técnicas de fisioterapia respiratoria en pacientes críticos.
- Conocer los diversos tipos de accesos a la vía aérea y los distintos elementos para instrumentarla.
- Asistir en los distintos procedimientos terapéuticos relacionados con la urgencia.
- Conocer los criterios para la aplicación, control y retiro de la ventilación mecánica
- Evaluar e implementar los tratamientos para alteraciones deglutorias.
- Valorar los aportes de las distintas disciplinas para construir una mirada integral respecto de las problemáticas de los pacientes.
- Informar al paciente y/o su familia acerca de la patología y sus pautas de alarma para la toma decisiones autónomas.
- Efectuar estudios de sueño, elección y adaptación del equipo e interfase de ventilación no invasiva, adecuados a cada patología y paciente.
- Diseñar protocolos de investigación

ACTIVIDADES:

- Evaluación y monitoreo ventilatorio del paciente con vía aérea natural y artificial
- Realización de terapia de higiene bronquial
- Capacitación al paciente y/o familia acerca de los distintos dispositivos de aerosolterapia
- Implementación de tratamientos de rehabilitación motora y respiratoria
- Participación en la reunión de equipo disciplinario e interdisciplinario para el seguimiento de las actividades que desarrolla.
- Implementación de dispositivos individuales y grupales orientados a la capacitación del familia y su entorno acerca de la patología y sus signos de alarma
- Planificación y desarrollo de clases y ateneos organizados por bloques temáticos.
- Presentación de pacientes en las recorridas de salas.
- Supervisión y docencia a residentes
- Atención supervisada de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios, Hogar e Internación Prolongada y Ambulatorio.⁸

⁸ Espacio Institucional destinado a pacientes víctimas de epidemia de Poliomielitis de las décadas 50 y 60

- Participación en la elaboración de protocolos de investigación

TERCER AÑO DE LA RESIDENCIA

Las actividades se organizarán en las siguientes áreas:

- Sueño (2 meses) *
- UTI (3 meses)*
- Cirugía (2 meses) *
- Rehabilitación Respiratoria (3 meses)*

** Estas actividades se agregan a los ámbitos de desempeño de la internación, algunas de ellas en forma simultánea*

OBJETIVOS:

- Conocer las diversas patologías quirúrgicas torácicas
- Elaborar un programa de entrenamiento dirigido a pacientes con enfermedad pulmonar.
- Conocer los principios y métodos de entrenamiento.
- Conocer y aplicar herramientas para evaluar la calidad de vida y el conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad.
- Desarrollar tareas docentes y de supervisión.
- Diseñar e implementar protocolos de evaluación y tratamiento vinculados a las necesidades de salud de la población.
- Adquirir conocimientos básicos para aplicar, controlar y retirar la asistencia respiratoria mecánica.
- Adquirir conocimientos básicos para el manejo y control de la vía aérea tanto en el pre-quirúrgico como en el post quirúrgico.
- Atender con mayor autonomía y criterio al paciente en los diferentes ámbitos de desempeño.
- Comprender y aplicar los procedimientos necesarios para evitar los trastornos de la deglución.

ACTIVIDADES:

- Participación en la organización de los ateneos y reuniones de equipo.
- Planificación y desarrollo de clases y ateneos organizados por bloques temáticos.
- Organización de la presentación de pacientes en las recorridas de sala.
- Presentación de pacientes.
- Elaboración de los programas de rehabilitación de pacientes con enfermedad pulmonar.
- Atención supervisada de pacientes.

ROTACIONES OBLIGATORIAS**Pediatría:****Objetivos:**

- Conocer las patologías respiratorias prevalentes en el área de cuidados críticos e internación pediátricos
- Interpretar los signos y síntomas correspondientes a las patologías pediátricas tanto crónicas como agudas que requieren intervención kinésica.
- Conocer el rol del kinesiólogo durante la rehabilitación respiratoria pediátrica
- Evaluar y analizar las diferentes situaciones clínicas del paciente pediátrico para la toma de decisiones según criterio ético y científico.
- Implementar los tratamientos apropiados para cada paciente y su contexto clínico, de acuerdo a las herramientas y recursos disponibles

Actividades:

- Realización de búsqueda, lectura y análisis de material bibliográfico en relación a los contenidos específicos de cada una de las áreas de trabajo.
- Presentación de casos clínicos
- Participación activa en las actividades académicas y de investigación científica de la residencia de Kinesiología.
- Evaluación y monitoreo del paciente pediátrico con vía aérea natural y artificial
- Realización de terapia de higiene bronquial

Unidad Coronaria**Objetivos**

- Conocer y comprender la importancia de la implementación de las distintas escalas de sedación, dolor y delirio (RASS, CPOT, EVA, CAM-ICU)
- Evaluar y monitorear pacientes con vía aérea artificial y natural, con patologías de tórax, abdomen y cardiovascular en postoperatorios inmediatos y mediatos
- Conocer la funcionalidad muscular previa para mensurar los objetivos en la rehabilitación del paciente crítico
- Evaluar riesgos y beneficios de la movilización precoz en situaciones clínicas específicas.
- Identificar criterios de seguimiento, requerimiento de intensificación de terapéutica o alta, según la situación clínica.

Actividades:

- Observación de prácticas y procedimientos específicos de la vía aérea
- Participación en clases, ateneos
- Realización de pases de salas
- Participación en reuniones de equipo
- Elaboración de trabajo monográfico

8. CONTENIDOS

8.1. Ejes temáticos

1. El profesional como sujeto activo en el sistema de salud.
2. Dimensión ética y de cuidados en salud. sujetos de derecho.
3. El profesional como participante activo en la educación permanente y la producción de conocimientos.
4. Comunicación en salud
5. Anatomía, Fisiología y Fisiopatología Respiratoria
6. Patología Pulmonar
7. Farmacología en cuidados respiratorio
8. Técnicas de fisioterapia respiratoria
9. Vía aérea artificial e interfaces
10. ARM técnico específico
11. Asistencia Respiratoria Mecánica, Aplicaciones
12. Monitoreo respiratorio
13. Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI)
14. Rehabilitación Pulmonar
15. Patología Quirúrgica
16. Terapia con gases medicinales
17. Laboratorio Pulmonar
18. Fibrobroncoscopía
19. Emergencias- Asistencia en Guardia
20. Procedimientos específicos

8.2. Contenidos transversales

1. El profesional como sujeto activo en el sistema de salud.

Concepciones y paradigmas relacionados a la salud. La distribución del poder en las intervenciones en salud. Determinantes y condicionantes de salud en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Incorporación de la dimensión social y política. Campo de la salud.

El sistema de salud. Organización del sistema, lógicas de funcionamiento. El enfoque de calidad en la atención. El rol del profesional como agente en la transformación y aplicación de las políticas sanitarias. El reconocimiento de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud diferenciada del primer nivel de atención como estrategia que reorganiza el sistema, planteando la referencia y contra-referencia entre efectores y reconociendo las particularidades y oportunidades distintas de cada nivel de atención. Reconocimiento de la articulación de la prevención de enfermedades, educación para salud y asistencia. Modelos de atención.

Gestión. Planificación y evaluación en los propios espacios de gobernabilidad. El ciclo de la gestión. Recursos, tiempo y oportunidad en la atención de calidad. Utilización de manuales de procedimientos, protocolos y guías. Responsabilidad institucional en el ejercicio de la profesión. ASIS (Análisis de Situación de Salud), epidemiología, indicadores básicos orientados a la especialidad y a la población a cargo del efector. Planificación según problemas prevalentes de la población.

Equipo de trabajo. 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

IF-2018-30628253- -DGDIYDP

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.

Marco normativo vigente nacional, jurisdiccional relacionado con la salud. Organismos nacionales e internacionales. Encuadre de la práctica profesional en el marco de la garantía del derecho a la salud.

2. Dimensión ética y de cuidados en salud. Sujetos de derecho.

Sujetos de derecho: paciente, familias, trabajadores de salud. Marco vigente, nacional y jurisdiccional sobre derechos del paciente y del encuadre laboral en salud. Diferencia entre ética y moral.

El paciente y su familia, la comunidad como sujetos de derecho y con autonomía para la toma de decisiones en los procesos de atención-cuidado. Perspectivas de derecho/género/interculturalidad. Reconocimiento del otro (paciente, familiar, trabajadores) como “semejante” y sujeto de derecho. Responsabilidad en la resolución de problemas. Exigencia a las instancias correspondientes aquello que sea requerido para resolver un problema según estándares de calidad.

Organización y participación de los actores en salud. Herramientas en participación comunitaria. Análisis, priorización y toma de decisiones. 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.

Autocuidado y cuidado de los trabajadores del equipo de salud. Reconocimiento de las emociones y marcas que produce en los trabajadores de la salud el trabajar con cuestiones cercanas al dolor, la vida, la muerte, los proyectos vitales, los temores. Reconocimiento de las propias limitaciones y lo oportuno de compartirlas con los equipos en el marco de la garantía del acceso al derecho a la salud. Dispositivos de reflexión de la práctica como evaluaciones, supervisiones, espacios de elaboración de angustia, taller de reflexión sobre temas como comunicación, dilemas éticos, entre otros. 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. Encuadre de la práctica profesional en el marco de derechos y de la bioética. Responsabilidad pública del ejercicio de la profesión.

3. El profesional como participante activo en la educación permanente y la producción 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, y otros.).

El profesional en la construcción de información epidemiológica y de gestión de procesos salud-enfermedad-atención-cuidado. Sistemas y registros de información sanitaria y epidemiológica. Búsqueda y análisis de información científico-tecnológica. Redes y centros de información y documentación. Lectura comprensiva de artículos especializados en idioma extranjero. Utilización

IF-2018-30628253- -DGDIYDP

del servicio de buscadores y de traductores virtuales. Organización de comunicaciones científicas y presentación de datos y experiencias.

4. Comunicación en salud

Dimensiones y niveles de la comunicación: interpersonal (con pacientes, con otros trabajadores del sistema), institucional (cómo se comunican los equipos, cómo organizan su tarea, qué comunican con palabras y qué con el cuerpo, las prácticas, las formas de acercarse a los usuarios, qué comunica la arquitectura de un espacio), comunitaria, medios masivos. Comunicación institucional y con los pacientes como constitutiva de las “buenas prácticas en salud”⁹ La comunicación como vínculo para las actividades de prevención, tratamiento de enfermedades y promoción de salud. Comunicación de noticias difíciles.

Perspectivas en comunicación: instrumental y de construcción de sentidos. El poder en las relaciones sociales. Inyección de valores o construcción de sentidos. Articulaciones posibles. Los destinatarios.

Plan de comunicación y estrategias comunicacionales. Definición de problema en comunicación, qué es comunicación y qué no. Mitos en torno a la comunicación (Ej. “todo se resuelve con comunicación”, “con comunicación se acaban los conflictos”, “los pacientes/ los otros trabajadores/ las otras disciplinas no entienden”)

Los trabajadores de salud y las nuevas tecnologías de información y comunicación.

8.3. Contenidos específicos

- Toma de muestra respiratoria
- Evaluación y monitoreo de vía aérea artificial
- Entrega o enseñanza de aerosol
- Adaptación no farmacológica a la asistencia mecánica ventilatoria
- Cambio de interfase de Ventilación no invasiva
- Medición de presiones bucales
- Espirometría / Medición de Presiones espiratorias forzadas BedSide
- Control de oxigenoterapia
- Aplicación de protocolo de destete
- Retiro de tubo traslaríngeo
- Decanulación
- Cambio de cánula de traqueostomía
- Evaluación de la deglución
- Estimulación de la fonación
- Control y cuidados posturales
- Evaluación Muscular de Medical Research Council (MCR):
- Monitoreo Ventilatorio con Flux MedR (Flujo)
- Monitoreo Ventilatorio con Flux MedR (presión)
- Colocación de balón esofágico

⁹ Una “buena práctica en salud” es una experiencia o intervención que ha generado un resultado valioso para el (la) usuario(a), que se ha implementado con resultados positivos, siendo eficaz y útil en un contexto concreto; contribuyendo así al afrontamiento, regulación, mejora o solución de problemas y/o dificultades, para una mejora de las condiciones de vida, que se presenten en el trabajo diario de las personas en los ámbitos clínicos, de la gestión, satisfacción usuaria u otros, experiencia que puede servir de modelo para otros equipos de salud. Para mayor información consultar: <http://unhabitat.org/wp-content/uploads/2014/05/Spanish-Guidelines-2014.pdf>; <http://www.elagora.org.ar/site/practicas.htm>;

9. SISTEMA DE EVALUACIÓN

La evaluación es un proceso de retroalimentación para un sistema de formación y capacitación. El sentido primordial es el de permitir su mejora continua¹⁰.

Evaluación del Programa

El Programa de la residencia es un documento que debe guiar las instancias formativas, es por ello que debe estar sujeto a un proceso continuo de seguimiento y evaluación que garantice su constante actualización. Por tal motivo, la coordinación general de la residencia, basada en los objetivos determinados por la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional, ha planificado estratégicamente su trabajo para evaluar y actualizar el programa de formación docente de residentes a través de diferentes metodologías y herramientas.

Evaluación del desempeño del residente

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

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

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

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

La promoción anual del residente se realizará según su desempeño global, producto de las evaluaciones en todas las instancias realizadas en los distintos ámbitos, que evalúan los comportamientos esperados en los mismos y que forman parte de las competencias profesionales que los residentes deberán adquirir. El residente promocionará anualmente con valoración satisfactoria o muy satisfactoria, de cada uno de los instrumentos que se detallan a continuación.

¹⁰ En el Apéndice se encuentran los instrumentos de evaluación del desempeño y de las rotaciones

La evaluación se realizará al mediar y finalizar cada año y se llevará a cabo por los jefes de servicio, coordinadores de sedes, tutores a cargo y/o jefes de residentes.

Con el transcurso de la residencia se han ido perfeccionando sistemas de evaluación de los residentes, estableciendo una serie de instrumentos que van unidos con la enseñanza de los procedimientos en cada uno de las áreas de aprendizaje.

Para cada una de las instancias de evaluación se conformaron instrumentos específicos (ver apéndice):

- Presentación del Proyecto de Investigación en forma escrita y oral grupal o individual de fin de año, por sede, recurriendo a la modalidad de coloquio, donde se evalúa la metodología de investigación aplicada.
- Confección de Historia Clínica: Se evalúa la historia clínica en forma periódica, en base a un modelo del servicio, especificando los ítems que son imprescindibles que consten en la historia clínica del paciente.
- Examen de Contenidos al final de cada rotación, en cada uno de los años.
- Mini-Cex o Ejercicio de Examen Clínico Reducido (EECR): Este instrumento se puede definir como un método de observación directa de la práctica profesional con evaluación estructurada mediante un formulario (Tabla I) y posterior provisión de feed-back al residente. Si bien es una herramienta de evaluación médica, se puede adaptar perfectamente a la evaluación de un kinesiólogo.

El Mini-CEX está indicado para evaluar los siguientes componentes competenciales:

- ✓ Habilidades de entrevista clínica.
- ✓ Habilidades de exploración física.
- ✓ Profesionalismo. Juicio clínico.
- ✓ Habilidades comunicativas.
- ✓ Organización/eficiencia.

Desarrollo: tanto el residente como el observador conocen los objetivos del aprendizaje para un período concreto. El tiempo promedio aconsejado es alrededor de 30 minutos (observación mas feed-back). Se sugieren un mínimo de 6 encuentros clínicos anuales para alcanzar una fiabilidad adecuada, valorados con observadores distintos, si fuere posible.

Algunos aspectos prácticos que se deben tener en cuenta son los siguientes:

- ✓ Presentación al paciente, si fuera necesario.
- ✓ Posición del observador: a) ángulo de visión; b) sin interferir.
- ✓ Conocimiento por parte del observador del nivel esperado-exigible del residente.
- ✓ Familiarización con la ficha y los aspectos valorados (descriptores de las competencias).
- ✓ Concentración y atención del observador.

Información que se recoge en el Mini-CEX:

- ✓ Entorno clínico: es decir, los distintos espacios en los que se desarrolla la práctica profesional. Algunas especialidades podrían contemplar espacios específicos como, por ejemplo, la visita domiciliaria en el caso de medicina de familia. Otros elementos del entorno podrían ser consultas externas, urgencias o planta, entre otros.
- ✓ Características del paciente: se recogen la edad, el género y si el paciente es ya conocido.
- ✓ Asunto principal en que se centra la consulta: puede ser uno o varios de los siguientes, anamnesis, diagnóstico, tratamiento, consejo sanitario y control.

IF-2018-30628253- -DGDIYDP

- ✓ Complejidad del caso que establecemos: baja, media o alta.
- ✓ Características del observador: según sea tutor del residente, tutor de otros residentes de la misma especialidad, tutor de diferente especialidad, adjunto no tutor u otros.

Esta información es vital para cerciorarnos de que se efectúan una variedad de encuentros clínicos realmente representativos de las situaciones en las que se van a encontrar en la práctica real.

- Check-list de distintas prácticas kinésicas básicas de acuerdo al año y al área de desempeño.
- Registro de procedimientos o bitácora: es un instrumento de evaluación estructurado donde están enumerados los procedimientos necesarios para el desarrollo de la práctica, bajo supervisión. Esto permite registrar la adquisición de habilidades y destrezas propias, tanto para su aprendizaje como para su evaluación bajo supervisión, al mismo tiempo que asumir por parte del residente su responsabilidad en el aprendizaje (autoaprendizaje) con perfeccionamiento continuo y permanente. La bitácora, tal como se designa al instrumento homónimo de la navegación, sirve como registro documentado para la promoción de la residencia. Su uso será obligatorio e individual y de complejidad creciente con tendencia a completarse a medida que progresa la residencia. Al finalizar el primer año se estima que los procedimientos aprobados deberán alcanzar el 40% del total de procedimientos, al finalizar el segundo el 70% y al finalizar el tercero el 100%.

Las grillas, con la descripción de los procedimientos a evaluar deben ser firmadas una vez que se realicen correctamente y por 2 supervisores (pudiendo ser su coordinador local de residencia, su tutor de área, especialista del ámbito o jefe de servicio.)

En los servicios deberá permanecer una copia de la bitácora o bien quedar registrado en sistema digital de cada uno de los residentes.

Los objetivos de la implementación de este instrumento son:

- ✓ Fomentar al residente que adquiera y perfeccione habilidades y destrezas básicas como parte de los procedimientos que realiza en los distintos ámbitos de desempeño, en situaciones clínicas reales.
- ✓ Incentivar el autoaprendizaje, el mutuo enriquecimiento y la autoresponsabilidad en completar progresivamente dicho instrumento.
- ✓ Estimular la práctica de los procedimientos como un pilar fundamental en el desempeño del residente.

Evaluación de las rotaciones

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

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

10. FUNCIONES DOCENTES Y DE SUPERVISIÓN PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA

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

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

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

- a- Coordinación general del programa de residencia
- b- Coordinación local del programa de residencia
- c- Jefe de residentes y/o instructor de residentes

La Autoridad de aplicación designará a la **Coordinación General de la Residencia** por Resolución Ministerial. Será la responsable de la planificación, ejecución y evaluación del programa docente de la Residencia. Estará constituida por un profesional o un equipo de profesionales que acrediten formación en el área de desempeño con responsabilidad en la gestión de la Residencia y en el Programa Docente de las Residencias emanado por la Autoridad de aplicación del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Funciones de la Coordinación General de Residencia:

Disposición N° 96-2018- DGDIYDP

- Coordinar la elaboración del Programa Docente General de la Residencia y/o Concurrencia.
- Coordinar la actualización periódica del Programa Docente General de la Residencia y/o Concurrencia.
- Evaluar y monitorear la implementación del Programa Docente General de la Residencia y/o Concurrencia.
- Colaborar en el desarrollo de los procesos formativos y la capacitación en servicio.
- Elaborar informes sobre las sedes de la Residencia y/o Concurrencia; y el monitoreo de su capacidad formadora.
- Asesorar en la selección de los ámbitos de rotación y el monitoreo de su capacidad formadora.
- Coordinar la organización de la capacitación en red, supervisando la coherencia entre los proyectos locales y el programa central, articulando los proyectos de las distintas sedes y facilitando su intercambio.
- Organizar, coordinar y desarrollar acciones de capacitación y supervisión en el marco de la Dirección General y de las Residencias y/o Concurrencias.
- Propiciar la articulación académica entre la Dirección General (DGDIYDP), Comités de Docencia e Investigación, Jefes de Servicios Hospitalarios, Áreas Programáticas y Centros de Salud, Coordinadores de Programas locales, Jefes y/o Instructores de Residentes, Residentes y/o Concurrentes.
- Participar en el proceso de selección para el ingreso a la Residencia y/o Concurrencia acorde a la normativa vigente a través de: definición de la bibliografía, elaboración del IF-2018-30628253- -DGDIYDP

examen, orientación a aspirantes, toma, resolución de apelaciones y análisis de los resultados del examen.

- Coordinar el diseño, elaborar y gestionar la puesta en marcha y el análisis de los sistemas de evaluación del desempeño de los Residentes y/o Concurrentes.
- Favorecer el desarrollo de experiencias de formación entre las diversas Residencias y/o Concurrencias según corresponda; y/o con otras instituciones que intervienen en la formación de recursos humanos en Salud.
- Participar en las actividades formativas o de intercambio y actualización que la Dirección General u otros organismos pertinentes organicen.
- Asesorar en la determinación de sedes y vacantes de residencias y concurrencias según corresponda.
- Participar en los procesos de evaluación o acreditación de las sedes formativas.
- Planificar, desarrollar y/o supervisar investigaciones en el marco de la Dirección General y/o de las Residencias y Concurrencias.

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

Según la Ordenanza-1986-40.997-CDMCBA.

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

Es de esperar que esta figura:

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

Funciones del Jefe de residentes:

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

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

Son funciones del Jefe de Residentes:

- Asumir la responsabilidad de la conducción del grupo de Residentes

IF-2018-30628253- -DGDIYDP

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

Funciones del Instructor de residentes:

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

Habiendo jefe de residentes sus funciones serán:

- Brindar apoyo al coordinador general y al Coordinador local del programa de la Residencia y articular acciones entre los diferentes niveles de responsabilidad de la formación.
- Supervisar la implementación del programa de formación de la residencia.
- Asesorar en el área de contenidos de su especialidad.
- Seguimiento del desempeño de los residentes en áreas específicas.
- Participar en la evaluación de los residentes.

11. BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía de consulta para elaboración de programa

1. Davini, María Cristina. Orientaciones para la Evaluación en el contexto de las Residencias. Texto elaborado especialmente para el Curso de Formación Docente Tutorial en el Sistema de Residencias. CVSP-OPS. 2014
2. Rodríguez, Patricia. La evaluación en los sistemas de residencias. Hacia la construcción de criterios comunes. Dirección General de Docencia e Investigación - Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. 2011. ID 4159, Cedos (Centro de Documentación en Salud 4159). Disponible en:
<http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/2012evalresi.pdf>
3. Brailovsky, Carlos A. Educación Médica, evaluación de las competencias. En Aportes para un cambio curricular en Argentina 2001. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Medicina Secretaría de Asuntos Académicos. OPS/OMS
4. Prados Castillejo, J.A. Preguntas sobre la evaluación de competencias y alguna respuesta: el portfolio. Rev. Atención Primaria, Vol. 36 (1), 2005.

5. Alves de Lima, Cees Van der Vieuten. Mini-CEX: una herramienta que integra la observación directa y la devolución constructiva para la evaluación del desempeño profesional. Revista Argentina de Cardiología. Suplemento de educación médica, 2010.
6. Scheueickert WD. Implementy early mobilitation interventions in mecanically ventilated pacients in the ICU. Chest 2011. 140; 1612-1617
http://ckpc-cnc.sati.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=50
7. Conti E, Monteiro S. Revista americana de Medicina Respiratoria. Encuesta sobre la Kinesiología Respiratoria: Situación actual en Argentina. Rev Am MedResp 2009; 9: 14-20
8. INDEC: <https://www.indec.gob.ar>
9. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Presidencia de la Nación. 2016 <http://www.renpre.gov.ar>
10. Midley, Alejandro: Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Capítulo de Kinesiología Intensivista (2013) Historia del Capítulo de Kinesiología en el Paciente Crítico. Acceso: agosto 2018. http://ckpc-cnc.sati.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=50
11. Fornells Valles, J.M. El A B C del Mini Cex. Revista de Educación Médica 2009; 12 (2): 83-89 Viguera Editores SL 2009 <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v12n2/revision.pdf>
12. Millan Nuñez Jesús y cols: Guía para la evaluación de la práctica clínica: Unión Editorial.2014 http://www.sedem.org/resources/guia-evaluacion-cem-fl_e_book.pdf

Normativas:

1. Ley Nacional N° 26742/2012 sobre los derechos de los pacientes. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm>
2. Disposición N° 41- DGDOIN – 2015 (MS-GCBA). Rotaciones en el exterior. Argentina, Buenos Aires. 2015. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165
3. Ley N° 153/99. Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina, Buenos Aires. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 28-05-99. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165
4. Ley N° 601, Modificación de Régimen de Residencias. Argentina, Buenos Aires. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Junio de 2001. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165
5. Ley N° 4.702. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina, Buenos Aires. 2013. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165
6. Ley N° 5.462. Modificatoria Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (153/99). Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina, Buenos Aires. 03/12/2015. Disponible en: <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley5462.html>

7. Ordenanza N° 40.997/85 (G. C. B. A.): Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud y sus modificatorias. 1985. Disponible en:
http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165
8. Ordenanza N° 51.475/97 (G.C.B.A.) Modificación al Sistema de Residencias. Buenos Aires, 3 de Abril de 1997. Disponible en:
http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165

Guías:

1. Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, guía para la elaboración de programas docentes de residencias, 2017. Disponible en:
<http://www.buenosaires.gob.ar/salud/docenciaeconcurrencias/residenciasyconcurrencias/presentacion-de-residencia-y-concurrencias/programas-de-formacion-docente-de-residencias-y-concurrencias>
2. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de práctica clínica nacional de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no transmisibles
http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/2016-06_guia-practica-clinica-epoc.pdf
3. Ministerio de Salud de la Nación. Mortalidad-enfermedades-respiratorias-argentina-2015.
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001014cnt-2017-09_mortalidad-enfermedades-respiratorias-argentina-2015.pdf

Documentos:

1. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (2014). Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud. Normativa, guías y estándares a 7 años de su creación. Disponible en:
http://www.msal.gob.ar/residencias/images/stories/descargas/recursos/publicacion_snares.pdf
2. Ministerio de Salud: Glosario: Enfermedades Crónicas
<https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/respiratoriascronicas>
3. Gerencia Operativa de Epidemiología. Ministerio de Salud. del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Análisis de la Situación de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires-Año 2016. Disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/analisis-de-situacion-de-salud>
4. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2017 Naciones Unidas Nueva York, 2017 Disponible en: <http://www.onu.org.ar/publicaciones/>

12. APÉNDICE

Instrumentos de evaluación

Apéndice 12.1: Plantilla de criterios de Evaluación del Proyecto de Investigación:

Trabajo de Fin de Año		P
Criterios:		
-Originalidad. Tiene relación con un problema/necesidad del servicio		1
-Relevancia (Plantea un problema/protocolo que resuelve/mejora la situación actual)		1
-Claridad y pertinencia en la presentación de conceptos teóricos (recurre a evidencia científica, guías clínicas, revisiones, ECA)		1
-Viabilidad del trabajo (posibilidad de implementar el protocolo de tratamiento /proyecto de intervención, en relación con recursos humanos, materiales, tiempo)		1
Presentación Oral:		
-Diseño, vocabulario, organización, distribución del tiempo		1
-Tipo y distribución de letras		0.5
-Imágenes y gráficos		0.5
Presentación Escrita:		
-Diseño/bibliografía/presentación en Word en fecha prevista		1
-Correlación con la presentación oral		1
Defensa del Trabajo Grupal:		
-Debate, responde dudas en forma adecuada y completa		1
-Manejo del tiempo:		1
Total		10
Para los profesionales con responsabilidad docente en la residencia	SI	NO
Fue claro el planteo del objetivo		
Fueron respondidos los objetivos iniciales		
Considera posible la implementación de la propuesta		
Le interesaría participar del proyecto		
Comentarios y observaciones		

Calificación: 1-2-3: Insatisfactorio
 4-5-6: Satisfactorio
 7-8-9: Muy satisfactorio

IF-2018-30628253- -DGDIYDP

Apéndice 12.2: Confección de Historia Clínica Kinésica**Residente:** **Fecha:**

	SI	NO	Parcialmente
1-Datos del Paciente: Filiatorios: Apellido y nombres, edad, sexo, cama, fecha de ingreso al hospital y de interconsulta. Diagnóstico Médico			
2-Enfermedad Actual: Recopilación y análisis mínimos de los hechos que describen el cuadro clínico.			
3-Antecedentes de Enfermedad Actual: Recopilación de datos relevantes al cuadro actual			
4-Exámenes complementarios: Logra rescatar los más relevantes para el cuadro actual y su adecuada interpretación.			
5-Evaluación Kinésica: Usa las escalas adecuadas en cada caso en particular			
6-Objetivos del Tratamiento: Logra establecer objetivos de acuerdo al cuadro clínico y debidamente justificados			
7-Plan de Tratamiento: Describe un plan de tratamiento de acuerdo a los objetivos planteados y debidamente justificados			
8-Tratamiento adecuado al plan propuesto: Logra realizar el tratamiento adecuado en relación a los objetivos planteados y debidamente justificados			
9- Historia Clínica Kinésica ordenada			
10-Historia Clínica Kinésica con letra clara y legible			
Cada ítem correcto corresponde a 1 punto Máximo 10 puntos Parcialmente: Corresponde a 0.50 Aprobado: 6 Puntos En el caso de alcanzar el puntaje mínimo: corresponderá corrección oral, enfatizando en el correcto armado de la HCK y reevaluar a corto plazo (15 días) En todos los casos, realizar devolución oral destacando fortalezas y debilidades			

Observaciones:

.....

.....

.....

Apéndice 12.3: MINI- CEX**Tabla N° 2: Formulario para registro y evaluación.**

Ejercicio de Examen Clínico Reducido (EECR)											
Examinador: _____						Fecha: _____					
Residente: _____						☐ R-1 ☐ R-2 ☐ R-3					
Problema del Paciente / diagnóstico: _____											
Ámbito: ☐ Ambulatorio ☐ Internación Gral. ☐ UTI ☐ UC ☐ Emergencia											
Paciente: Edad: _____ Sexo: _____ ☐ Primera Vez ☐ Seguimiento											
Complejidad: ☐ Baja ☐ Moderada ☐ Alta											
Énfasis: ☐ Recopilación de Datos ☐ Diagnóstico ☐ Terapéutico ☐ Asesoramiento											
1. Habilidades para la Conducción de la Entrevista Médica ☐ No se observan											
1 2 3 Insatisfactorio			4 5 6 Satisfactorio			7 8 9 Sobresaliente					
2. Habilidades para la Conducción del Examen Físico ☐ No se observan											
1 2 3 Insatisfactorio			4 5 6 Satisfactorio			7 8 9 Sobresaliente					
3. Cualidades Humanísticas / profesionalismo ☐ No se observan											
1 2 3 Insatisfactorio			4 5 6 Satisfactorio			7 8 9 Sobresaliente					
4. Criterio Clínico ☐ No se observan											
1 2 3 Insatisfactorio			4 5 6 Satisfactorio			7 8 9 Sobresaliente					
5. Habilidades para el Asesoramiento del Paciente ☐ No se observan											
1 2 3 Insatisfactorio			4 5 6 Satisfactorio			7 8 9 Sobresaliente					
6. Organización / eficiencia ☐ No se observan											
1 2 3 Insatisfactorio			4 5 6 Satisfactorio			7 8 9 Sobresaliente					
7. Competencia Clínica Global como Especialista de Consulta ☐ No se observan											
1 2 3 Insatisfactorio			4 5 6 Satisfactorio			7 8 9 Sobresaliente					
Tiempo de Desarrollo del EECR: Observación _____ min. Devolución: _____ min.											
Satisfacción del examinador con el EECR BAJA 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ALTA											
Satisfacción del Residente con el EECR BAJA 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ALTA											
Comentarios: _____ _____ Firma del Residente _____ Firma del Examinador											

Fuente: Fornells Valles, J.M. *El A B C del Mini Cex*. Revista de Educación Médica 2009; Viguera Editores SL 2009

Nota: Donde dice Entrevista Médica se entiende como Entrevista Kinésica.

IF-2018-30628253- -DGDIYDP

Apéndice 12.4: Bitácora de Kinesiología en Kinesiología y Fisiatría Intensivista:**Apellido Nombre:****Fecha inicio:**

Procedimiento	Fecha Evaluación	Firma planta	Firma planta/JR
PROCEDIMIENTOS - AREA SUEÑO Y VENTILACION MECANICA			
Evaluación			
Lectura crítica de Historia Clínica, selección de la informacion relevante			
Redacción de informes kinésicos-evaluaciones - evoluciones			
Evaluación clínica de paciente			
Confección de ficha kinesica			
Registro de evaluacion en HC			
Presentación de pacientes de Consultorio Externo			
Tratamiento			
Planteo de objetivos de tratamiento			
Poligrafía hospitalaria			
Poligrafía domiciliaria			
Titulación con CPAP			
Lectura de Poligrafías			
Lectura de titulación de CPAP			
Adaptacion			
Control de Equipo			
Control médico			
Solicitudes y pedidos varios			
Lavado de materiales			
PROCEDIMIENTOS - AREA CONSULTORIO EXTERNO			
Procedimiento	Fecha	Firma	Firma
Evaluación			
Lectura crítica de Historia Clínica, selección de la informacion relevante			
Redacción de informes kinésicos-evaluaciones - evoluciones			
Evaluación clínica- respiratoria de paciente			
Confección de HC clinica -ficha kinesica			
Registro de evaluacion en HC			
Presentación de pacientes de Consultorio Externo			
Tratamiento			
Maniobras de THB en adultos			
Terapia de higiene bronquial en pediatría			
Educación e informac al paciente/familiar			
Toma de muestras de secreciones			

IF-2018-30628253- -DGDIYDP

Desensibilización de la disnea			
Aspiración secreciones			
Cambio de cánula de traqueostomía			
Evaluación y tratamiento de la deglución			
Nebulización y/o Aplicación de Aerosolterapia			
Titulación de Oxígeno			
Instalación y Monitoreo de VNI en pacientes Neuromusculares			
Prequirúrgico			
Pos quirúrgico			
Instalación y Monitoreo de VNI en pacientes Obstructivos crónicos			
Bipedestación			
Monitoreo del circuito			
Weaning			
Higiene de vía aérea artificial			
Extubación			
Decanulación			
Aplicación de VNI			
Maniobras específicas (-)			
Rehabilitación deglutoria			
Tratamiento ACV (agudo)			
Colocación de vendajes			
Colocación de ortesis			
Movilización pasiva- activa-asistida			
Ejercicios de fortalecimiento			
Prueba de ventilación espontánea			
Uso correcto de ambú, espirometría incentivada, válvulas fonatorias,			
Uso de manómetro para presión de balón de cánulas			
PROCEDIMIENTOS – AREA REHABILITACION			
Procedimiento	Fecha	Firma	Firma
Evaluación			
Lectura crítica de Historia Clínica, selección de la información relevante			
Redacción de informes kinésicos-evaluaciones - evoluciones			
Evaluación clínica del paciente			
Confección de HC clínica -ficha kinesica			
Registro de evaluación en HC			
Presentación de pacientes de sala			
Evolución H.C			
Tratamiento			
Educación e información al paciente/familiar			
Evaluación de la Disnea Medical Research Council			
Evaluación: Cuestionario Calidad de Vida			
Evaluación de la AVD según London Chest Activity of Daily Living Scale			
Evaluación sobre el conocimiento sobre EPOC (Cuestionario Bristol)			
Adaptación / Coordinación			

IF-2018-30628253- -DGDIYDP

Adaptación en Cinta			
Test incremental en Cinta			
Test a Carga Constante			
Shuttle test incremental			
Evaluación de Fuerza- Método Brzycki			
Entrenamiento Aeróbico			
Entrenamiento de Fuerza			
Elongación/flexibilidad			
Titulación de oxígeno			
Educación			
Natación			
Actividades recreativas tango, salsa			
PROCEDIMIENTOS: AREA INTERNACION			
Procedimiento	Fecha	Firma	Firma
Evaluación			
Lectura crítica de Historia Clínica, selección de la informacion relevante			
Redacción de informes kinésicos-evaluaciones - evoluciones			
Evaluación del paciente			
Confección de HC clinica -ficha kinesica			
Registro de evaluacion en HC			
Presentación de pacientes de sala			
Tratamiento			
Educación e informac al paciente/familiar			
Cuidados posicionales			
Cambios de decúbito			
Sedestación			
Bipedestación			
Control respiratorio			
Terapia de Higiene Bronquial			
Asistencia tusígena			
Aspiración de secreciones			
Toma de muestra respiratoria			
Instalación de Ventilación Mecánica Invasiva			
Instalación de Ventilación Mecánica No Invasiva			
Instalación y/o cambio de humidificación			
Evaluación y monitoreo de vía aérea artificial			
Entrega o enseñanza de aerosol			
Adaptación no farmacológica a la asistencia mecánica ventilatoria			
Cambio de interfase de Ventilación no invasiva			
Medición de presiones bucales			
Espirometría / Medición de Presiones espiratorias forzadas Bed Side			
Control de oxigenoterapia			
Aplicación de protocolo de destete			
Retiro de tubo traslaríngeo			
Decanulación			
Cambio de cánula de traqueostomía			
Asistencia a reanimación cardio pulmonar			
Asistencia a la realización de fibrobroncoscopia			

IF-2018-30628253- -DGDIYDP

Asistencia a la intubación orotraqueal			
Evaluación de la deglución			
Estimulación de la fonación			
Control y cuidados posturales			
Evaluación Muscular de Medical Reserarch Council (MCR):			
Monitoreo Ventilatorio con Flux MedR (Flujo)			
Monitoreo Ventilatorio con Flux MedR (presión)			
Colocación de balón esofágico			
Asistencia a la traqueostomía			

ANEXO - RESOLUCIÓN N° 2425/MSGC/18 (continuación)

G O B I E R N O D E L A C I U D A D D E B U E N O S A I R E S
“2018 – AÑO DE LOS JUEGOS OLÍMPICOS DE LA JUVENTUD”

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número: IF-2018-30628253- -DGDIYDP

Buenos Aires, Jueves 8 de Noviembre de 2018

Referencia: Programa de Formación de residencia de Kinesiología

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 40 pagina/s.

Digitally signed by Comunicaciones Oficiales
DN: cn=Comunicaciones Oficiales
Date: 2018.11.08 11:10:44 -03'00'

MARIA EUGENIA MAURO
Asistente administrativo
D.G. DOCENCIA, INVESTIGACION Y DESARROLLO PROFESIONAL
(SSPLSAN)
MINISTERIO DE SALUD

Digitally signed by Comunicaciones
Oficiales
DN: cn=Comunicaciones Oficiales
Date: 2018.11.08 11:10:45 -03'00'

FIN DE ANEXO