ANEXO - RESOLUCIÓN N° 611-MSGC/15

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
MINISTERIO DE SALUD

ANEXO I

PROGRAMA DOCENTE DE LA RESIDENCIA DE KINESIOLOGIA Y FISIATRIA INTENSIVISTA

2015

INDICE

1.INTRODUCCIÓN

2.FUNDAMENTACIÓN DE LA RESIDENCIA DE KINESIOLOGÍA Y FISIATRIA INTENSIVISTA

3.POBLACION BENEFICIARIA

4.CONSIDERACIONES GENERALES

5.PROPÓSITOS GENERALES

6.PERFIL DEL KINESIÓLOGO ORIENTADO EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRIA INTENSIVISTA: OBJETIVOS GENERALES

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

8.ESTRATEGIAS PARA LA CAPACITACION

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

10.CONTENIDOS

11.SISTEMA DE EVALUACION

12.BIBLIOGRAFIA

13.APENDICE

1. INTRODUCCIÓN:

La Residencia de Kinesiología y Fisiatría Intensivista es una residencia básica del equipo de salud dirigida a Lic. Kinesiólogo Fisiatra, Fisioterapeuta, Lic. En Terapia Física (Título Mayor Universitario), con una duración de tres años.

2.FUNDAMENTACIÓN DE LA RESIDENCIA DE KINESIOLOGÍA Y FISIATRIA INTENSIVISTA:

La Residencia de Kinesiología se inicia en 1992 en el Gobierno de la Ciudad, con un carácter netamente “generalista”. Durante estos últimos años el compromiso se sustentó firmemente en afianzar y homogeneizar las actividades asistenciales docentes y formativas
La residencia, al ser un sistema de formación de postgrado, tiene una gran influencia en la modulación del pensamiento y práctica profesional. En ella, se reafirma la identidad profesional, buscando el desarrollo de profesionales con ética y conductas solidarias. Esta realidad hace que la formación del recurso humano, en el área de Kinesiología y a través de este sistema, constituya el pilar más apropiado.
Si bien esta responsabilidad sigue vigente se planifica, de ahora en más, alcanzar objetivos más complejos que se relacionan con la necesidad creciente de direccionar actividades a áreas más específicas del ejercicio profesional.
Debido al avance en el campo de la medicina en general, al aumento de la expectativa de vida, al aumento de enfermedades crónicas, el creciente número de accidentes automovilísticos y de la vía pública y al avance tecnológico en cuanto electromedicina de soporte, se requieren cada vez más recursos humanos especializados en la atención de patologías más complejas con mayor interrelación con el 3er nivel 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.
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”. El requerimiento del desarrollo de esta orientación se sustenta en que durante la formación de grado no se contempla la disciplina con la suficiente profundidad como para que permita desplegar habilidades y destrezas en el campo de la práctica. Por lo tanto, en esta instancia del desarrollo del programa es necesario brindar los lineamientos generales de las sedes polivalentes en primer término y luego el aporte específico de las particularidades de un hospital monovalente especializado en vías respiratorias como el Hospital María Ferrer, como parte enriquecedora del ejercicio de la especialidad. Es decir, se acrecentarán los conocimientos básicos adquiridos en la carrera universitaria y la residencia le aportará su formación específica de manera secuencial, desde la baja complejidad hasta la alta complejidad, con el aporte continuo de la fundamentación científica. Kinesiología tiene un amplio campo de acción en la especialidad kinésica respiratoria.
La residencia de Kinesiología orientada en Intensivismo, conforma un sistema de formación de Postgrado, cuya fundamentación está basada en la modulación del profesional en la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas, en la interacción con su medio

hospitalario, abarcando todas estas áreas de desempeño en orden creciente según la complejidad.
Es un objetivo importante también reconocer las dificultades del paciente portador de patología respiratoria tanto aguda como crónica, con la particularidad de adquirir el manejo de los mismos, enriquecida por el trabajo en equipo interdisciplinario.
El propósito de la formación del kinesiólogo con orientación en respiratorio, es integrarlo al equipo de salud teniendo activa participación en la promoción y protección de la salud, como así también en la atención y rehabilitación, con la intención de promover la reinserción de los pacientes en nuestra sociedad. Teniendo en cuenta estas necesidades, es que se crea la Residencia de Kinesiología y Fisiatría Intensivista.
El programa de Residencia cumple con todos los puntos de la planificación: objetivos, propósitos, contenidos, actividades, sistemas de evaluación, los cuales deben explicitarse para arribar a los resultados esperados. Es por esto que su permanente actualización y pertinencia a las necesidades de la realidad del campo profesional se hace imprescindible.
Es de fundamental importancia que el presente programa incentive al residente a incrementar su pericia en evaluación, examen, diagnóstico, pronóstico y seguimiento del paciente. Este enfoque incluye servicios comunitarios, educación del paciente y su familia, investigación e integración y asesoramiento kinésico a otros profesionales de la salud. También, busca como propósito generar en el graduado la necesidad de capacitación y actualización permanente, brindando la posibilidad de trabajos de campo, monográficos, aplicando la metodología del conocimiento científico como generadora de nuevo conocimiento devolviendo a la comunidad a través de acciones asistenciales, docentes y preventivas aquellos capitalizados durante la formación académica; se promueven actividades científicas periódicas como ateneos, presentación de casos, jornadas científicas, cursos y/o seminarios, entre otros. Durante estos años se han desarrollado Jornadas de Residentes con una vasta participación de colegas, con una importante producción de trabajos científicos, algunos de los cuales han recibido premios, menciones y otros han sido publicados.
El presente programa le brinda las bases, un marco teórico y las incumbencias que el residente necesita para funcionar y desenvolverse dentro del mismo sistema. En este caso el Hospital monovalente especializado en vías respiratorias es el Hospital María Ferrer, con una organización independiente, pero a su vez integrada e integral para brindar una formación de calidad en el área de respiratorio.

3-POBLACION BENEFICIARIA

La atención de las patologías respiratorias de la Ciudad de Buenos Aires se distribuye tanto en los hospitales monovalentes como en los hospitales generales de agudos, ubicados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Al Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer acceden pacientes con afecciones respiratorias agudas, crónicas reagudizadas y crónicas. La atención de estos pacientes es de acuerdo a la demanda particular correspondiente.
En su origen, fue creado para tratar las complicaciones respiratorias asociada a la epidemia trágica de Poliomielitis Anterior Aguda de los años 1955 y 1956.
En el ámbito de esta institución, se creó la primera terapia intensiva y el primer servicio de kinesiología 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 cuenta con Laboratorio Pulmonar, Fibrobroncoscopía, Neumonología Clínica, Cirugía de Tórax, Kinesiología y Rehabilitación Respiratoria, Salud Mental, Alergia e Inmunología, Sueño, Cardiología, Rayos, Hematología y Pediatría. Además, dentro del hospital funciona el Programa Nacional de Apoyo a la Miastenia Gravis.
Constantemente se promueve el estudio y la atención de numerosas enfermedades clínicas y quirúrgicas tales como el asma, EPOC, fibrosis quística pulmonar, infecciones respiratorias, cáncer de pulmón, trastornos del sueño, entre otras.

El servicio de kinesiología presta atención:

1. *En consultorio externo, a pacientes que requieren*:

- Titulación de Ventilación No Invasiva y Oxigenoterapia: neuromusculares crónicos, pacientes con alteraciones de la pared torácica, EPOC y aquellos con trastornos del sueño.
- Fisioterapia de tórax y asistencia para el manejo de secreciones.
- Cambio de cánulas traqueales.
- Toma de muestra de secreciones.
- Entrega de aerosoles y/o nebulización.
- Valoración pre-quirúrgica de cirugía de tórax.
- Evaluación y tratamiento de trastornos de la deglución.
- Test de marcha de 6 minutos.

2. *En Rehabilitación Respiratoria:*

- Se asiste a pacientes con enfermedad respiratoria crónica y a sus familias. Especialmente dirigido a pacientes con EPOC y también para aquellos que presentan Asma, Bronquiectasias, Fibrosis Quística, pre y post trasplante pulmonar, cirugía de reducción de volumen pulmonar, secuela post-tuberculosis.
- Programa de educación para pacientes de rehabilitación respiratoria.
- Programa acuático para pacientes de rehabilitación respiratoria.

3. *En unidad de cuidados críticos:*

- Asistencia a pacientes que requieren apoyo ventilatorio de manera No Invasiva y de manera Invasiva:

La población en asistencia ventilatoria mecánicas es:
52 % I.R.A en EPOC.
15% Neuromusculares
10 % I.R.A en Asma
10% Neumonía
10 % Post Quirúrgicos
3 % Otros

- Pacientes en post operatorio de cirugías programadas de tórax, de vía aérea superior y cervicotomías.

4-CONSIDERACIONES GENERALES

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 extrahospitalario 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 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/MCBA).
Las residencias, como integrantes del Sistema de atención de la Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, ajustarán sus programas en acuerdo con las pautas establecidas por la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Ley 153)
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. (.....)
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)

El programa por especialidad

El programa surge de la necesidad de adecuar la formación de residentes sustentado en el análisis permanente del contexto político y socio-económico nacional, regional y/o local; el mismo pauta las competencias que serán adquiridas por el residente a lo largo de su trayecto formativo, reconoce ámbitos y niveles de responsabilidad y establece el perfil común esperado para todos los residentes de la misma especialidad.
El programa de formación se desarrolla reconociendo al sistema de salud de la Ciudad como una red que aprovecha la magnitud y diversidad de ámbitos y estrategias presentes en sus diversos efectores.
El concepto de "red" relativiza a los distintos ámbitos como unidades autosuficientes de formación transformándolos en recursos complementarios.
Se busca romper con el aislamiento de los servicios y se fortalece la COORDINACIÓN generando INTERRELACIÓN y RECIPROCIDAD, reconociendo la riqueza de la diversidad para promover la calidad de los programas de formación.
Desde esta perspectiva, cobra especial dimensión el esfuerzo conjunto de articulación y concertación de las actividades de formación entre los responsables de la Residencia: la Autoridad de aplicación (ver nota al pie)[1], Coordinadores Generales, Jefes de Servicios; Coordinadores de Programa y de rotaciones, Jefes e Instructores de Residentes, para aprovechar las mejores capacidades formativas de cada ámbito.
Por otra parte, el programa constituye un instrumento esencial para pautar los recursos indispensables para que los servicios reciban residentes y para encuadrar los procesos de acreditación de capacidad formadora.
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.

5-PROPÓSITOS GENERALES:

El desarrollo del programa de la residencia de Kinesiología con orientación en Intensivismo deberá:

- Promover una formación que integre la perspectiva tanto del paciente con patología respiratoria, como la correspondiente al grupo familiar, institucional y comunitaria de las problemáticas de la Salud de la población de referencia del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires
- Seleccionar las mejores oportunidades de aprendizaje que el sistema ofrece en las distintas áreas y niveles.
- Formar profesionales capaces de utilizar adecuadamente los diferentes dispositivos y recursos que el sistema de salud dispone.

[1] Organismo dependiente del Ministerio de Salud del GCABA con responsabilidad directa sobre los sistemas de capacitación en servicio

•Desarrollar capacidades docentes de acompañamiento, supervisión y orientación dentro de la Residencia y con otras Residencias.
•Promover la reflexión acerca del contexto histórico e institucional de las prácticas de salud, teniendo en cuenta los aspectos éticos y sociales.
•Fomentar modelos de integración y de trabajo interdisciplinario entre todos los profesionales del equipo de salud.
•Fortalecer el rol del Kinesiólogo con orientación en respiratorio dentro del equipo de salud
•Estimular el desarrollo de la investigación y la producción científica.

6- PERFIL DEL KINESIOLOGO ORIENTADO EN KINESIOLOGIA Y FISIATRIA INTENSIVISTA: OBJETIVOS GENERALES

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

Competencias técnicas:
•Elaborar correctamente una historia clínica, realizar un examen físico y procedimientos o prácticas kinésicas vinculadas pacientes portadores de patologías respiratorias agudas, crónicas o secuelares, que permitan un abordaje integral del paciente y su familia.
•Adquirir las competencias necesarias y específicas para la práctica de esta especialidad.
•Reconocer su rol profesional específico dentro de un equipo de salud.
•Conocer las bases teóricas que sustentan la práctica de los cuidados respiratorios
•Actuar con el criterio clínico adecuado para cada situación de la práctica diaria.

Competencias organizacionales:
•Planificar, organizar y establecer métodos propios de gestión, de administración eficaz del tiempo y el espacio, desarrollo, flexibilidad e innovación en los procesos de trabajo.
•Interrelacionarse de modo tal de integrar el campo profesional que abarca la promoción y prevención de la salud con enfoque integral y comunitario y con los otros profesionales de la salud (interdisciplina e intersaberes)
•Establecer una adecuada articulación que permita derivaciones e itinerarios diagnósticos y terapéuticos protegidos tendientes a construir con el equipo una sistematización en términos de la llamada referencia y contrarreferencia

Competencias relacionales:
•Establecer y sostener una comunicación permanente con todo el equipo de atención del paciente y su familia.
•Desarrollar una adecuada cooperación en el trabajo en equipo, fluidez en el diálogo, habilidad en prácticas de negociación y en las relaciones interpersonales.
•Realizar conversaciones y negociaciones al interior del equipo de salud y por fuera de él, en términos de relaciones intersectoriales como también con las familias de los pacientes.

Competencias de adecuación al contexto:
•Responsabilizarse de sus tareas y cumplir con las normativas con la suficiente flexibilidad para tener en cuenta la diversidad sociocultural y el marco de incertidumbre.

Competencias de servicio:
•Comprender e indagar sobre los impactos que los profesionales tienen, directa o indirectamente, sobre los servicios brindados a los destinatarios / beneficiarios y sus familias
Competencias éticas y sociopolíticas:
•Imbuirse de los compromisos éticos y legales que le impone el ejercicio de su profesión y las obligaciones para con los otros, en términos del ejercicio de derechos civiles, sociales y políticos y principios de equidad.
•Transmitir a la esfera del mundo del trabajo la conciencia de las cualidades y las implicancias éticas del trabajo.

•Comprometerse socialmente y hacer un ejercicio cabal de la ciudadanía.
•Conocer y actuar de acuerdo al marco normativo y organizacional del Sistema de Salud del GCBA, la Constitución y la Ley Básica de Salud (Ley 153).
•Adaptarse a las nuevas necesidades del contexto socio-político, sin perder de vista el compromiso ético y social con la comunidad en el marco del mundo del trabajo.

Competencias interdisciplinares:
•Reconocer la historicidad de los procesos de salud-enfermedad-atención para un acercamiento a los indicadores epidemiológicos y socio-demográficos del sector salud de modo integral y contextualizado.
•Posibilitar la complementariedad y la multirreferencialidad teórica en los diseños de actividades y proyectos.

Competencias docentes:
•Promover, orientar, acompañar y supervisar la formación de los residentes de los años inferiores.
•Desarrollar la capacidad para aprovechar situaciones y dispositivos de aprendizaje, y oportunidades para la evaluación y autoevaluación crítica del desempeño profesional.

Competencias para la investigación:
•Desarrollar una mirada crítica que le permita generar proyectos de abordaje de la realidad -tanto desde los servicios como desde la comunidad- que tengan en cuenta la necesaria complementariedad de los métodos o técnicas y la secuencia necesaria de los procesos, de acuerdo al nivel en que se encuentre el residente.
•Adquirir competencias para el desarrollo de trabajos de investigación en el área respiratoria que permitan generar aportes específicos en el ámbito de desempeño, en beneficio de la población beneficiaria.

7-ORGANIZACIÓN GENERAL Y CONDICIONES MÍNIMAS PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA:

La Residencia de Kinesiología fue creada a través del Decreto 1.909/91, y al igual que el resto de las residencias del Sistema de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires se rige por lo dispuesto en la Ordenanza 40.997/86 y sus modificatorias (ord. 51.475/97, Ley 601/01, Ley 2445/07 y Ley 4702/13).
De acuerdo a esto, la residencia es un sistema de capacitación a tiempo completo y dedicación exclusiva, salvo las consideraciones específicas en la legislación citada para los instructores de residentes.
La duración del programa es de 3 años, con posibilidad de acceso al cargo de Jefe de residentes o Instructor, por un año en el primer caso y uno o más en el segundo.
Las sedes de Residencias están sujetas a modificaciones que la Autoridad de aplicación considere pertinentes.

7.1-FUNCIONES DOCENTES Y DE SUPERVISIÓN PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA EN CADA SEDE:

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 la ***Coordinación General de la Residencia,*** *según resolución de Coordinadores Generales Nº 987/MSGC/2014.* 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:

- Elaborar el Programa Docente General de la Residencia y/o Concurrencia.
- Actualizar periódicamente el 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.
- Recabar información 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.
- Fomentar el vínculo institucional entre la Residencia y/o Concurrencia, las Direcciones del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, los Programas de Salud y la Dirección de Capacitación y Docencia.
- Propiciar la articulación entre la Dirección de Capacitación y Docencia, 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: elaboración del examen, orientación a aspirantes, toma, resolución de apelaciones y análisis de los resultados del examen.
- Diseñar, gestionar la puesta en marcha y analizar el sistema de evaluación del desempeño de los Residentes y/o Concurrentes. Constituir una instancia de mediación en caso de conflicto entre las partes citadas.
- Favorecer el desarrollo de experiencias de formación entre las diversas Residencias y/o Concurrencias del Sistema de Salud.
- Participar en las actividades formativas o de intercambio y actualización que la Dirección de Capacitación y Docencia organice.
- Tender a la capacitación y actualización periódicas en temáticas inherentes al campo profesional, a la gestión en salud y a la función de coordinación

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

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.

a- 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." (Ley 601. Selección)
Son funciones del Jefe de Residentes:

- Asumir la responsabilidad de la conducción del grupo de Residentes
- 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 ecuánimes.
- 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.

7.2-CONDICIONES DE ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE KINESIOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA RESIDENCIA:

El servicio deberá cumplir con los siguientes requisitos:

a-Proyecto local de residencia de Kinesiología con orientación en respiratorio de acuerdo con los lineamientos del Programa General de la misma. El mismo deberá estar integrado y encuadrado en el programa general.
b- Coordinador local de sede
c- Profesionales de planta interesados y capacitados para desarrollar tareas docentes y de supervisión, con cantidad de docentes acorde al número de residentes y concurrentes a capacitar.
d- Proyectos de inserción en aquellas áreas donde deberá intervenir el residente.

e- Material bibliográfico y documental disponible acorde a los contenidos del programa de la residencia.
f- Instrumentos de registro institucionales (estadísticas, protocolos de evaluación, archivos, registro de actividades, entre otros.)

El servicio ofrecerá:

a- Capacitación docente en servicio de acuerdo al Programa
b- Actualización permanente
c- Actividades Científicas.
d- Presentación de Trabajos Científicos
e- Realización de Investigaciones
f- Incorporación de nuevas estrategias de intervención, diseñando actividades acordes al programa general y proyecto local e instrumentos de evaluación generales o propios para cada actividad.
g- Relación y participación con Instituciones y Redes comunitarias.

Requisitos para constituir sedes de rotaciones:
a- Ser una Institución Pública, privada sin fines de lucro, u ONG, reconocidas por su capacidad formadora.
b- Contar con profesional/les de la especialidad responsable/s de la rotación.
c- Presentar un informe institucional del proyecto de rotación que deberá incluir:
- descripción de la institución: misiones y funciones
- programa de capacitación propuesto para la rotación, que responda a los lineamientos del programa de residencia.
- funciones del residente rotante en la Institución y el proyecto propuesto.
- evaluación del desempeño del residente durante la rotación.

Las rotaciones se realizarán siempre de acuerdo a la normativa vigente.

8- ESTRATEGIAS PARA LA CAPACITACIÓN:

Las estrategias de capacitación que se implementen deben adecuarse a los siguientes lineamientos:

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 staff

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

Estimular la Integración Asistencia –Docencia- Investigación

Es recomendable que el residente se incorpore en la forma lo más integral posible a todas las actividades que se realizan en el servicio. Desde la Residencia se promoverán todas las actividades que permitan articular las funciones de asistencia –docencia e investigación.

Integrar la Formación Teórica con la Práctica

Los ateneos y los cursos que se dicten en la residencia estarán vinculados con la práctica clínica diaria. 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.

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

La Supervisión

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.

9- ORGANIZACIÓN GENERAL DE LAS ACTIVIDADES POR AÑO, SEGÚN ÁMBITO DE DESEMPEÑO Y APRENDIZAJE:

GENERALIDADES:
El programa se cumple en el Hospital monovalente especializado en vías respiratorias y/o en un hospital general de agudos con un servicio de kinesiología que cuente con un desarrollo específico en áreas críticas que brinden la posibilidad de adquirir las competencias necesarias para el desempeño profesional en esta especialidad, con una creciente complejidad en cuanto a las actividades y ejes temáticos.

Contenidos
El residente deberá tener conocimientos de epidemiología, anatomofisiología y semiopatología para ser capaz de interpretar las características de las diferentes afecciones, ponderando la anamnesis y el examen físico, que posibilitará la formulación de objetivos mediatos e inmediatos del tratamiento kinésico.
Los contenidos a desarrollar comprenderán 2 ejes temáticos:

1-Profundización de los conocimientos teóricos de las distintas disciplinas:

Es importante la ampliación y actualización de los contenidos teóricos de las distintas patologías a tratar como paso previo a instaurar un tratamiento kinésico.

2-Tratamiento Kinésico:
La implementación de dicho tratamiento incluirá la Evaluación Clínico-kinésica continua, el reconocimiento de aspectos clínicos asociados, la interpretación de exámenes complementarios y la aplicación de Técnicas Generales y Específicas para cada caso en particular.

9.1. ÁMBITOS DE DESEMPEÑO DE LA RESIDENCIA:

Períodos	*Cronograma*	*Sedes*	*Ámbitos de desempeño*
Primer año	*Junio -Mayo*	*Hospital Monovalente especializado* en vías respiratorias*	*Consultorio Externo-Internación-Rehabilitación Respiratoria*
Segundo año	*Junio-Mayo*	*Hospital Monovalente especializado* en vías respiratorias*	*Consultorio Externo-Internación-Guardia Rehabilitación Respiratoria*
Tercer año	*Junio-Mayo*	*Hospital Monovalente especializado* en vías respiratorias* *Rotación optativa*	*Consultorio Externo-Internación-Guardia Rehabilitación Respiratoria* *Sede a designar*

* O, eventualmente, un hospital general de agudos que reúna las condiciones estipuladas como capacidad formadora para el desarrollo del presente programa

9.2 -ORGANIZACIÓN GENERAL DE ACTIVIDADES:

Actividad asistencial – 60%

•Internación, Rehabilitación Respiratoria y Consultorio externo

Actividades Programáticas, con pase de consultorio al finalizar la actividad, en todas las rotaciones.

En este ámbito se contará con tutores para los residentes y la presencia de Jefe de Residentes y/o Instructor.

•Guardias (Acorde a los términos de la normativa vigente Ley 4702, modificatoria de la Ordenanza Nº 40997/86)

Los residentes de primer año, realizarán una rotación de 3 meses por áreas cerradas (UTI UCO), donde cumplirán régimen de 1 guardia semanal de 12 hs (de lunes a viernes). En 2do y 3ero, se ajustarán al régimen de guardia del servicio, acorde a los términos de la ley mencionada anteriormente.

Actividad académica teórica – práctica: 30%

•Espacio académico con participación de todos los residentes de las distintas sedes (ateneo inter-hospitalario)

•Clases teóricas dadas por especialistas en diferentes temáticas que hacen a la actualización del abordaje de distintas patologías. Las mismas podrán ser organizadas por profesionales del Servicio o en el marco de convenios con Instituciones Universitarias.

•Ateneos clínicos

•Asistencia a Cursos y Congresos

•Elaboración de programas

Actividad de investigación – 10%

•Elaboración de un trabajo de investigación científico anual.

•Presentación de los trabajos de investigación en las jornadas anuales de Kinesiología y Fisiatría

•Lectura crítica de material bibliográfico y revisión de estudios científicos

•Participación en la organización de las jornadas anuales de Kinesiología y Fisiatría

9.3. ORGANIZACIÓN POR AÑO, POR ÁREA Y CONTENIDOS

1° AÑO DE RESIDENCIA:

OBJETIVO ESPECÍFICO RELEVANTE:

Que el residente sea capaz de:

Conocer y aplicar la estrategia de atención en áreas básicas como Clínica Cardio Respiratoria y Cirugía.

•Conocer el organigrama hospitalario, su distribución, ubicación de los distintos Servicios.

•Propender a la Integración con la planta permanente del hospital sede y conocer los programas que se encuentren en funcionamiento

•Analizar las estadísticas en relación a las prestaciones y al perfil poblacional que se atiende en el servicio de kinesiología.

•Elaborar historias clínicas, realizar la anamnesis y efectuar evaluación kinésica,

•Conocer los diversos síndromes respiratorios que le permitan planificar racionalmente el proceder kinésico.

•Interpretar exámenes complementarios, implementar un plan de tratamiento, aplicar habilidades y destrezas básicas y evaluar los resultados en cada una de las disciplinas.

•Lograr discernir la prioridad del tratamiento kinésico en relación a la patología.

- Reconocer su rol profesional específico dentro de un equipo de salud.
- Conocer las bases teóricas que sustentan la práctica de los cuidados respiratorios
- Conocer los procedimientos y equipamientos necesarios para la práctica de esta especialidad.
- Actuar con el criterio clínico adecuado para cada situación de la práctica diaria.

Además, al finalizar el primer año se espera que el residente haya desarrollado proyectos de investigación científica y por lo menos la elaboración de un trabajo científico anual. Realizará el curso de Inglés Técnico y Metodología de la Investigación Científica y participará de cursos transversales pertinentes al desarrollo del presente programa, organizados por la Autoridad de Aplicación.

<table>
<tr><td>1° Año

Meses</td><td>Junio
Julio</td><td>Agosto
Setiembre</td><td>Octubre
Noviembre</td><td>Diciembre
Enero</td><td>Febrero
Marzo</td><td>Abril
Mayo</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Campos disciplinares</td><td colspan="6">Unidad de Terapia Intensiva/Intermedia/[2]</td></tr>
<tr><td colspan="6">Rehabilitación Respiratoria[3]</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>MIC[4]</td><td>APS</td><td>APS</td><td>Laboratorio Clínico</td></tr>
<tr><td></td><td>Inglés Técnico Nivel I</td><td>Inglés Técnico Nivel I</td><td></td><td>Inglés Técnico Nivel II</td><td>Inglés Técnico Nivel II</td></tr>
</table>

Si bien, el inicio de la actividad comienza en área crítica, la complejidad en cuanto al abordaje de los pacientes irá aumentando progresivamente, es decir, en principio se enfatizará en semiología y clínica cardiorespiratoria, para luego ir avanzando a la complejización de las prácticas profesionales.

2º AÑO DE LA RESIDENCIA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Que el residente sea capaz de:

- Conocer conceptos básicos de farmacología acerca del mecanismo de acción, indicaciones, contraindicaciones, efectos colaterales e interacciones de las drogas que habitualmente se utilizan en el paciente crítico relacionadas con patologías respiratorias, asistencia ventilatoria mecánica, manejo perioperatorio y politrauma.
- Conocer en profundidad la indicación e implementación de las técnicas de fisioterapia respiratoria en pacientes críticos.
- Conocer en profundidad los diversos tipos de accesos a la vía aérea y los distintos elementos para instrumentarla y el rol que debe cumplir.
- Adquirir los conocimientos necesarios para aplicar, controlar y retirar la ventilación mecánica no invasiva.

La secuencia de las rotaciones por las cuales pasará el residente podrá ser modificada, sin respetar necesariamente el orden que se enumera a continuación. El único requisito es respetar el orden creciente de complejidad para una mejor evolución pedagógica.

---

[2] Dispositivo asistencial y de formación: Sala de Internación y guardia

[3] Dispositivo asistencial y de formación: Consultorio Externo

[4] Metodología de la Investigación Científica

2° Año Meses	Junio Julio	Agosto Setiembre	Octubre Noviembre	Diciembre Enero	Febrero Marzo	Abril Mayo
Campos disciplinares	Ambulatorio ***	Hogar de Internación prolongada**	Laboratorio Pulmonar	Ambulatorio	*Pediatría Respiratorio	*Quemados
	Unidad de Terapia Intensiva /Intermedia					

* Dispositivo asistencial y de formación: Internación y consultorio externo
**Hogar: Internación
***Ambulatorio: Consultorio externo de distintas patologías crónicas respiratorias

3° AÑO DE LA RESIDENCIA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Que el residente sea capaz de:
- Elaborar un programa de entrenamiento dirigido a pacientes con enfermedad pulmonar, con el fin de mejorar su calidad de vida.
- Identificar las respuestas fisiológicas del organismo en una situación de ejercicio.
- Dominar los principios y métodos de entrenamiento.
- Dominar los conocimientos en cuanto a la adquisición de las cualidades físicas (resistencia, fuerza, flexibilidad y velocidad) y las formas de ser evaluadas.
- Elaborar un programa para la progresión del entrenamiento de fuerza y resistencia.
- Conocer y aplicar herramientas para evaluar la calidad de vida y el saber de los pacientes acerca de su enfermedad.
- Desarrollar tareas docentes y de supervisión hacia los residentes de 2do año.
- Incentivar el desarrollo de protocolos de evaluación y tratamiento para distintas patologías.
- Conocer las diversas patologías quirúrgicas torácicas que le permitan planificar racionalmente el proceder kinésico para prevención y tratamiento.
- Conocer en profundidad los efectos terapéuticos y deletéreos de los distintos gases utilizados en medicina.
- Adquirir conocimientos básicos para aplicar, controlar y retirar la asistencia respiratoria mecánica.

Además, el /la residente deberá desarrollar y coordinar proyectos de investigación científica con criterio epidemiológico y realizar por lo menos un trabajo científico anual. Seleccionará un área de interés individual e institucional para cumplimentar una rotación optativa de 2 meses de duración de acuerdo a normativa vigente, de relevancia kinésica, acorde a los lineamientos del programa. La misma deberá ser autorizada por los responsables directos de la formación.

La secuencia de las rotaciones es indistinta. El único requisito es que la rotación optativa se realice dentro de los 6 primeros meses del año lectivo. Esta medida favorece la devolución a la sede de lo aprendido durante la misma.

Meses	Junio Julio	Agosto Setiembre	Octubre Noviembre	Diciembre Enero	Febrero Marzo	Abril Mayo
Campos disciplinares	Unidad de Terapia Intensiva /Intermedia			Rehabilitación Respiratoria ***		
	Ambulatorio ***	Rotación Optativa	Trasplante	Sueño ***	Titulación VNI ***Oxigenoterapia/Deglución	

*****Consultorio Externo**

10. CONTENIDOS: VER APENDICE

11- SISTEMA DE EVALUACIÓN:

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

La 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 y actitudes necesarias para esa práctica.

Las actividades teóricas también se evalúan con los instrumentos y técnicas pertinentes. En este sentido cuando se realicen actividades teóricas en el marco de convenios, se llevarán a cabo las evaluaciones que estos convenios estipulen.

La evaluación del desempeño se basa principalmente 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 instructor directo en la rotación correspondiente y siendo deseable que participe activamente de este proceso el jefe de residentes y el coordinador del Programa de la Residencia, cuando la rotación se desarrolla 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. (Ver instrumento de evaluación en Apéndice 10.1)

Además del instrumento de evaluación de desempeño, deberán aplicarse sistemáticamente otros instrumentos de evaluación en cada uno de los años de la residencia que aportarán a la retroalimentación del aprendizaje, respondiendo a los objetivos y contenidos de cada rotación. Así, la evaluación del desempeño global deberá complementarse con la implementación y aprobación de:

-Instrumento de evaluación del desempeño global (Mini –Cex, mínimo 6 al año)
-Coloquio (trabajo científico anual)
-Confección de historia clínica

Se adjuntan en los apéndices formatos y modelos de cada uno de ellos

La Evaluación de las Rotaciones

Esta es una oportunidad para relevar información acerca de la percepción del residente acerca de la capacitación obtenida, quien la completará al finalizar la rotación y se adjuntará a su evaluación del desempeño en esa misma rotación.

Los profesionales responsables de la formación en cada rotación deberán conocer el Programa docente con los objetivos de aprendizaje, los instrumentos de evaluación y el instrumento con que se evaluará esa experiencia de formación.

11-1- EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
Dirección de Capacitación y Docencia
Residencia de Kinesiología con Orientación en Respiratorio
Instrumento de Evaluación del desempeño general

APELLIDO Y NOMBRES..... AÑO DE RESIDENCIA.....
SEDE:.....FECHA:.....
AMBITO DE FORMACIÓN.....
PERÍODO EVALUADO.....
Cada ítem se completará con la siguientes abreviaturas: S: siempre; C/S: casi siempre; F: frecuentemente; A/V: a veces; N: nunca; N/C: no corresponde.

ITEMS A EVALUAR:	N	A/V	C/S	S	N/C
1. ADAPTACIÓN A LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA					
1.1.Conocimiento de la institución					
1.1.1.Identifica adecuadamente los distintos espacios hospitalarios					
1.1.2.Identifica adecuadamente el organigrama y las vías jerárquicas					
1.2.Utilización de los recursos					
1.2.1.Se ubica adecuadamente en los distintos espacios donde debe desarrollar su tarea asistencial					
1.2.2.Utiliza correctamente los distintos recursos materiales disponibl					
1.2.3.Se relaciona adecuadamente con los miembros de los diferente sectores de la institución					
1.3.Relación con el Servicio de Kinesiología					
1.3.1.Identifica adecuadamente el organigrama y la las vías jerárquic					
1.3.2.Utiliza adecuadamente los recursos físicos					
1.3.3.Utiliza adecuadamente los recursos materiales					
1.3.4.Mantiene el orden y cuida los recursos					
1.4.Dinámica Intra-residencia					
1.4.1.Demuestra entusiasmo e iniciativa personal, se compromete co tarea y asume las responsabilidades que se le asignan					
1.4.2.Interacciona apropiadamente con sus pares, promueve la discu el intercambio de ideas y estimula el trabajo en equipo					
1.4.3.Respeta el rol del jefe de residentes, acepta, cumple y mantiene tiempo los señalamientos e indicaciones y plantea con claridad sus inquietudes					
1.4.4.Toma decisiones de acuerdo a su nivel de responsabilidad reconociendo sus limitaciones					
1.4.5.Supervisa a los residentes inferiores, sus historias clínicas, tratamientos, evolución, orientando la adquisición de conocimientos					
1.4.6.Atiende las necesidades del supervisado según su etapa forma					
2. ACTIVIDAD ASISTENCIAL					
2.1.Historia Clínica					
2.1.1.Jerarquiza correctamente la información contenida en la Historia Clínica					
2.1.2.Identifica las prioridades para la evaluación, objetivos y tratamie kinésico					
2.2.Evaluación del Paciente					
2.2.1 Es cordial, inspira confianza y se interesa por la situación globa paciente					
2.2.2. Reconoce con facilidad capacidades y problemas relevantes pa tratamiento					

2.2.3. Registra en forma concisa y legible los resultados de la evaluac					
2.3.Diseño del Plan de Tratamiento y Ejecución					
2.3.1.Define los objetivos y orienta el plan de tratamiento en función d evaluación realizada					
2.3.2.Selecciona las intervenciones apropiadas a los objetivos de trat					
2.3.3.Realiza con habilidad y destreza las intervenciones terapéuticas correspondientes al caso					
2.3.4.Utiliza correctamente los distintos agentes disponibles para lleva cabo el plan terapéutico (agentes físicos y/o equipamiento necesario tarea)					
2.3.5.Flexibiliza las intervenciones de los planes de tratamiento segú situación emergente					
2.3.6.Administra apropiadamente el tiempo de la sesión					
2.3.7.Gestiona apropiadamente interconsultas en función de las nece de cada caso					
2.4.Relación Kinesiólogo/Paciente					
2.4.1.Informa y asesora al paciente y/o familiar sobre los objetivos y ejecución del plan de tratamiento					
2.4.2.Planifica, ejecuta y evalúa adecuadamente abordajes comunitar					
2.4.3.Evalúa satisfactoriamente las barreras arquitectónicas y adapta funcionales para el tratamiento					
3.DOCUMENTACIÓN					
3.1.Confecciona en forma ordenada y completa los informes escritos					
3.2.La actualización periódica refleja la situación del paciente					
3.3.Presenta los informes en el tiempo establecido					
3.4.Registra adecuadamente los informes en la H.C. del paciente y e registro interno de la residencia					
4.ACTIVIDADES DE DOCENCIA E INVESTIGACION					
4.1.Lee y se actualiza sobre temas de su especialidad					
4.2.Prepara en forma clara y ordenada clases, ateneos, pases de sal informes para argumentar y justificar la práctica diaria en reuniones de equipo intra y extra residencia					
4.3.Participa activamente en cursos programados, jornadas y congre					
4.4.Promueve la discusión y hace nuevos aportes de manera adecua					
4.5.Participa adecuadamente en la supervisión de los residentes infe					
4.6.Elabora en forma clara y completa los trabajos (proyectos , inform rotación, etc.) y de investigación					
4.7.Presenta en tiempo y forma los trabajos (proyectos, informes de r etc.) y de investigación					
5.PRESENTISMO					
5.1.Su asistencia es correcta					
5.2.Su puntualidad es correcta					

OBSERVACIONES:.....
.....
.....

EVALUACIÓN FINAL

A partir de las evaluaciones parciales, determine en el siguiente cuadro la calificación numérica del residente evaluado**.**

ADAPTACIÓN A LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA	
ACTIVIDAD ASISTENCIAL	
DOCUMENTACIÓN	

ACTIVIDADES DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	
PRESENTISMO	
PROMEDIO GENERAL	

Orientación para la correspondencia numérica

SIEMPRE 9-10 Altamente satisfactorio
CASI SIEMPRE 6-7-8 Satisfactorio
A VECES 4-5 Poco satisfactorio
NUNCA 1-2-3 Insatisfactorio

Firma del Residente.....

Firma del Jefe de Residentes.....

Firma del Coordinador de Sede.....

Firma del Jefe de Servicio.....

Firma del Coordinador General de Residencia.....

TRABAJO DE FIN DE AÑO	P
Contenido: - Originalidad. Tiene relación con un problema/necesidad servicio - Plantea un problema/protocolo que resuelve/mejora la situación actual - Conceptos teóricos, Evidencia científica, guías clínicas, revisiones, ECA - Desarrollo del trabajo, posibilidad real de implementar el protocolo/proyecto (recursos humanos, materiales, tiempo)	 1 1 1 1
Presentación oral: - Diseño, vocabulario, organización , distribución del tiempo - Tipo y distribución de letras - Imágenes-gráficos	 1 0,5 0,5
Presentación escrita: - Diseño/bibliografía/ presentación en word en fecha prevista - Correlación con presentación oral	 1 1
Defensa del trabajo grupal: - Debate, responde dudas en forma adecuada y completa	 1
Manejo del tiempo	1
Total	10

Para los oyentes de PLANTA	SI	NO
- Fue claro el planteo del objetivo - Fueron respondidos los objetivos iniciales - Considera posible la implementación de la propuesta - Le interesaria participar del proyecto		
Comentarios		

Evaluación de primer año: Confección de Historia Clínica Kinésica

Historia Clínica Kinésica

Residente:……

	SI	NO	Parcialmente
1-Datos del paciente			
Filiatorios: nombre y apellido, 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 del pcte			
3-Antecedentes de la 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			
Uso de escalas adecuadas a cada caso en particular			
6-Objetivos de tratamiento			
Logra establecer objetivos de acuerdo al cuadro clínico del pcte 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 Item afirmativo corresponde a 1 punto Parcialmente corresponde a 0,50
Máximo 10 puntos Aprobado: 60% (6 puntos)
En el caso de alcanzar el puntaje mínimo: corresponderá corrección oral, enfatizando en el correcto armado de la historia clínica kinésica y reevaluar a corto plazo (15 días)
En todos los casos, realizar devolución oral destacando fortalezas y debilidades

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

Norcini JJ, Blank LL, Arnold GK, Kimball HR

12- BIBLIOGRAFIA:

1.ACCP/AACVPR Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2007;131:4-42.
2.ARGIMON PALLAS, Josep M. Jimenez Villa, J: Métodos de Investigación Clínica y Epidemiología. Editorial Elsevier. Tercera Edición 2004.
3.ATS/ERS statement: Skeletal Muscle Dysfunction in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Am J Respir Crit Care Med 1999;159:1-40.
4.ATS/ERS. Statement on Pulmonary Rehabilitation. Am J Crit Care Med 2006;173:1390-1413Bowers R., Fox E. Fisiología del Deporte. Editorial Panamericana. 1998. 3º Edición
5.Celis-Rodríguez E et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedo-analgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. Med. Intensiva. 2007;31(8) 428-71.
6.Chicharro J. L., Vaquero A. F: Fisiología del Ejercicio., España: Editorial Panamericana.1995.
7.Diez A. et al. Consenso Argentino de Ventilación no Invasiva. Medicina 2005;65: 437-457
8.Ehlenz, Grosser, Zimmermann: Entrenamiento de la Fuerza. Fundamentos, métodos, ejercicios y programas de entrenamiento.. Editorial Martínez Roca, S.A. 1990.
9.Felson Principios de Radiología Torácica. Segunda edición. Mc Graw-Hill-Interamericana. 2000.
10.Ferrero G. "Técnicas no Invasivas en el Manejo de las secreciones". Revista IberoAmericana de Ventilación No Invasiva, Volumen 3, Numero 5, pag. 29-38; 2005
11.Fink J-Hunt G Clinical Practice in Respiratory Care. Lippincot. 1999.
12.Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHLBI/WHO. Workshop Report. Updated on March 10th 2007 of www.goldcopd.comLunca C. et al. Neumonía intrahospitalaria: guía clínica aplicable a Latinoamérica preparada en común por diferentes especialistas. Arch Bronconeumol. 2005; 41(8):439-56
13.Grosser, M- Starischka, S- Zimmermann, E: Principios del Entrenamiento Deportivo.. Ed. Martínez Roca, S.A. 1988.
14.McArdle W., Katch F y Katch V. Lea & Febiger: Fisiología del Ejercicio: Energía, Nutrición y Rendimiento Humano. Philadelphia, Pennsylvania. 1995.
15.Mc Intyre, Branson R. Ventilación Mecánica. Ed. Mc Graw Hill, 2002
16.Norcini JJ, Blank LL, Arnold GK, Kimball HR. The Mini-CEX (Clinical Evaluation Exercise): A Preliminary Investigation. Ann Intern Med. 1995;123:795-799.
17.Saadia Otero MA. ¿Cómo realizar un programa de rehabilitación pulmonar? Prokinesio: Programa de Actualización a Distancia en Kinesiología. Ed. Médica Panamericana, 2003, p 13-49.
18.Sivori M, Benzo R, Rhodius E, et al.. Consenso Argentino de Rehabilitación Respiratoria. Medicina 2004;64:357-367.
19.Sociedad Argentina de Terapia Intensiva: Ventilación Mecánica. Editorial Panamericana 2007.
20.Sociedad Argentina de Terapia Intensiva: Comité de Neumonología Crítica. Guía práctica de Entrega de Aerosoles durante la Ventilación Mecánica.
21.Ries A., Bauldoff G., Carlin B., et al. Pulmonary Rehabilitation: Joint
22.Teoría del Entrenamiento Deportivo. D. Harre. Editorial Stadium. 1987.
23.Tratado de Ventilación Mecánica No Invasiva: Practica Clínica y Metodología. Esquinas Antonio Editor. Biblioteca Aula Medica; 2006
24.Troosters T, Casaburi R, Gosselink R, Decramer M. Pulmonary Rehabilitation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Am J Respir Crit Care Med 2005; 172:19-38.
25.West. Fisio-patologia Pulmonar. Segunda edición. Editorial Panamericana. 1983
26.Zintl, F: Entrenamiento de la Resistencia. Fundamentos, métodos y dirección del entrenamiento. Editorial. Martínez Roca, S.A. 1991.

Legislación vigente:

1) LEY N 153: BÁSICA DE SALUD de la Ciudad de Buenos Aires. Legislatura de la Ciudad Autónoma. 1999. http://www.cedom.gov.ar

2) LEY 114: Protección integral de niños, niñas y adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires. 1998 www.buenosaires.gob.ar

3) Ley 26529 Salud Pública Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. 2009 http://www.infoleg.gov.ar

Elaboración de programas docentes de la residencia:

Guia para la elaboración de programas docentes de la residencia:
www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/pautasprogramas.pdf

Material Pedagógico:

Alves de Lima: Mini-Cex: una herramienta que integra la observación directa y la devolución constructiva para la evaluación del desempeño profesional. Revista Argentina de Cardiología. 2011. Volumen 79, Nº6 pp: 531-536
Fornells Valles J.M: El ABC del Mini-Cex: Viguera Editores SL 2009. EDUC MED 2009; 12 (2): 83-89
Fornells Valles J.M: El Mini Clinical Evaluation Excercise (Mini-Cex) en la evaluación de la competencia. Opinión del Experto: Institut d Estudis de la Salut. Barcelona. DPM 2010; vol. 3 nº 1:

13- APENDICE: CONTENIDOS

1ero y 2do años:
1. Módulo de Anatomía, Fisiología y Fisiopatología Respiratoria

I. Anatomía de Vía aérea superior: - Fosas nasales, cavidad bucal, faringe (naso, orolaringofaringe), laringe y tráquea.

II. Anatomía de vía aérea inferior: - Bronquios, segmentación broncopulmonar, estructura alveolar e intersticio, pleura y mediastino.

III. Músculos de la bomba ventilatoria.: - Diafragma, intercostales externos, accesorios de la Inspiración. Abdominales.

IV: Principios generales de la física de los gases: - Definición de masa, peso, velocidad, aceleración, trabajo, fuerza, energía, presión, flujo, volumen, resistencia, unidades de calor. Teoría cinética de los gases Ley de Avogadro, ley de la presión parcial de Dalton, ley de Henry, tensión superficial, Ley de Laplace, ley de dinámica de los fluidos, tipos de flujo, número de Reynolds, efecto Bernouille, ley de Poiseuille.
V. Fisiología respiratoria: - Estructura y función. Relación entre las mismas.

- Ventilación.
- Difusión
- Flujo sanguíneo.
- Relación ventilación- perfusión
- Transporte de gases a la periferia.
- Fisiología respiratoria en circunstancias especiales.

VI. Biomecánica respiratoria
Fisiología
Funcionamiento del diafragma
Funcionamiento de los intercostales.

Funcionamiento de los accesorios de la inspiración.
Funcionamiento de los abdominales.
Control neural de la ventilación.
Mecanorreceptores.
Quimiorreceptores.

VII Desventaja mecánica de los músculos respiratorios en diversas patologías.
Alteraciones de la distensibilidad y la elastancia.
Debilidad y fatiga muscular.
VIII. Fisiopatología
Alteraciones de la ventilación, del intercambio gaseoso, del transporte de oxígeno y del drive central.

2. Módulo de Patología Pulmonar

I. Patologías obstructivas: Fisiopatología, semiología, diagnóstico y bases del Tratamiento del Asma bronquial, Bronquitis crónica, Enfisema pulmonar,
Enfermedad fibroquística del páncreas y Bronquiectasias.
II. Patologías restrictivas: Fisiopatología, semiología, diagnóstico y bases del tratamiento del Síndrome del distress respiratorio del adulto, Fibrosis pulmonar, Alteraciones de la caja torácica, enfermedades neuromusculares y miopatías.
Patologías infecciosas: Etiología, clínica, diagnóstico y tratamiento.
Patología pleural: Clasificación, etiología, clínica y diagnóstico.

Módulo 3 Farmacología en cuidados respiratorios

Beta 1 y 2 miméticos, anticolinérgicos.
Esteroides, AINES.
ATBs de uso habitual en el área crítica.
Analgésicos, opíaceos, neurolépticos, bloqueantes neuromusculares.
Drogas anti e hipertensivas, inotrópicos miocárdicos.
Vías de administración, accesos habituales, aerosolterapia.

Módulo 4. Técnicas de fisioterapia respiratoria

Descripción de las técnicas de fisioterapia: Posicionamiento, hiperinflación, percusión, vibración, aspiración, tos kinésica.
Evaluación de la efectividad en el paciente agudo
Evaluación de la efectividad en el paciente crónico
Contraindicaciones y efectos adversos sobre la función hemodinámica y metabólica
Equipamiento para la implementación.

Módulo 5: Vía aérea artificial e Interfases

Laringoscopios. Tubos endotraqueales. Cánulas de traqueostomía. Elementos de sujeción. Sistemas de aspiración.
Técnicas de intubación endotraqueal. Técnicas de aspiración.
Complicaciones peri intubación y de la intubación prolongada.
Sistemas de humidificación. Cascada, passover, HME, filtros bacteriostáticos. Ventajas y desventajas. Usos y contraindicaciones.
Sistemas de entrega de aerosoles. Nebulizadores, cámara espaciadora. Usos, dosificación y contraindicaciones.
Elementos que componen el circuito ventilatorio. Armado del mismo. Chequeo. Indicaciones de recambio.

Módulo 6. ARM técnico específico

Concepto de volumen, tiempo, flujo, resistencia, trabajo, distensibilidad, elastancia, presión.
Equipos neumáticos, equipos eléctricos. Clasificación según ciclado.
Tipos de válvulas, sensores de flujo, mecanismos de mezclado de gases
Paneles de control, pantallas, sistemas de alarmas.

Módulo 7. Asistencia Respiratoria Mecánica, Aplicaciones.
I - Modos básicos de ventilación, por presión y por volumen, variables que corresponden a cada modo.
Modos de soporte.
Tipos de Trigger
PEEP, cambios fisiológicos que produce, uso y contraindicaciones.
Desadaptación y adaptación, causas, soluciones.
ARM en el SDRA.
ARM en la EPOC.
ARM en el mal asmático.
ARM en el trauma grave de tórax.
ARM en el TEC.
Complicaciones de la ARM prolongada.
Destete, métodos, protocolos, complicaciones.
Extubación.

Módulo 8. Monitoreo respiratorio
Oxímetros de pulso, oxímetros de membrana, capnógrafos, oxicapnógrafos.
Analizadores de variables de la mecánica respiratoria.
Neumotacógrafos, espirómetros.
Interpretación de las curvas de saturación de O2 y Pet Co2.
Interpretación de curvas de la mecánica pulmonar.
Medición de presiones bucales.

Módulo 9 - Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI)
Historia de la VMNI
Equipos e interfases
Efectos fisiológicos en el paciente con insuficiencia respiratoria aguda
Efectos fisiológicos en el paciente con insuficiencia respiratoria crónica.
Monitoreo
Protocolos e implementación
VMNI en falla hipercápnica aguda
VNMI en falla hipoxémica aguda
VMNI y falla de extubación.
VMNI y weaning
VMNI en pacientes con falla respiratoria crónica.

3er año:
Módulo 1. Rehabilitación Respiratoria

Conceptos Generales: Definiciòn, Componentes, Ambitos de desarrollo, Evidencias.
Sistemas energéticos.
Variables fisiológicas: ventilatorias, cardiovasculares, metabólicas.
Carga. Características internas y externas.
Principios de entrenamiento: del estímulo eficaz, incremento progresivo, relación óptima entre la carga y la recuperación, repetición y continuidad, versatilidad y periodización.
Evaluación de la capacidad de ejercicio: Test de campo: Test de marcha de seis minutos,

shuttle test, test del escalón, Test incremental, Test a carga constante. Evaluaciones no convencionales.
Evaluaciòn de la Disnea:
Escalas de Disnea habitual: Escala modificada de Medical Research Counsil (mMRC), New York Heart Assosiation (NYHA), Indice de Disnea Basal y Transicional (BDI/TDI) Escalas de Disnea de esfuerzo (Borg, Escala Analogica Visual, Escalas OMNI)
Evaluación de la calidad de vida: Cuestionario de St. George's, Cuestionario respiratorio Crònico (SRQ), COPD Assesment Test (CAT)
Planificación del Entrenamiento.
Métodos de entrenamiento para la resistencia general aeróbica: Método Continuo Constante, Método Continuo Variable.
Métodos de entrenamiento de la potencia aeróbica: Entrenamiento por intervalos, HIIT (Metodo Intermitente de Alta Intensidad)
Métodos de entrenamiento de la fuerza muscular: de la coordinación intra e intermuscular, del desarrollo muscular.
Metodos de entrenamiento de la Flexibilidad.
Etapas de un programa de rehabilitación pulmonar.
Otros componentes de la Rehabilitaciòn Respiratoria: Cesaciòn tabaquica, Educaciòn del paciente y la familia, Auto- Manejo, Nutriciòn, Actividad Fìsica.
Actividad Fìsica: Concepto, Determinates.
Valoraciòn de la actividad Fìsica: Metodos Subjetivos (Cuestionarios), Metodos Objetivos (Podometros, Acelerometros uniaxiales, biaxiales, multiaxiales).

Módulo 2. Patología Quirúrgica
Cirugía tóraco-pulmonar:
Prevención de complicaciones
Tratamiento de complicaciones
Protocolos de fisioterapia y rehabilitaciòn en postoperatorios

Módulo 3. Terapia con gases medicinales

Características del Oxígeno, aire comprimido, Dióxido de Carbono, Helio y Oxido nítrico.
Sistemas de almacenamiento principales y de reserva. Reguladores, flujometros, mezcladores.
Razonamiento de la implementación de oxígeno suplementario. Indicaciones y contraindicaciones.
Dosificación.
Poliductos y cilindros. Concentradores y sistemas de oxígeno líquido domiciliario.
Formas de administración.
Análisis de gases en sangre. Oximetría de pulso. Capnometría y Capnografía. Medición de la concentración de Gases.

Modulo 4. Laboratorio Pulmonar
Espirometría simple y volúmenes pulmonares estáticos su utilidad práctica, espirometría forzada factores que determinan el flujo espiratorio máximo, parámetros espirométricos de mayor utilidad clínica.
Capacidad de difusión del monóxido de carbono. Interpretación, análisis y aplicabilidad.
Alteraciones de la ventilación. Generalidades, trastornos obstructivos, restrictivos y mixtos.
Clasificación de severidad. Respuesta a broncodilatadores. Interpretación de la función pulmonar.
Obstrucción de vía aérea superior y obstrucción aérea central. Interpretación y análisis.
Pruebas de esfuerzo. Ergometría

Modulo 5. Fibrobroncoscopía
Indicaciones: diagnósticas, terapéuticas, y de investigación clínica. Contraindicaciones: absolutas, relativas y de riesgo aumentado.

ANEXO - RESOLUCIÓN N° 611-MSGC/15 (continuación)

Preparación preendoscopica. Técnicas de procedimiento endoscópico, lavado alveolar, cepillado bronquial, biopsia bronquial y transbronquial.
Broncoscopía Terapéutica. Colocación de prótesis y soportes endobronquiales.
Normas de bioseguridad.

Modulo 6. Emergencias- Asistencia en Guardia
RCP: Reconocimiento del Paro Cardio Respiratorio (PCR). Objetivos y prioridades de la Resucitación Cardio-pulmonar (RCP).Establecer los fundamentos de la RCP Básica y Avanzada. Utilidad y Ventajas del Monitoreo. Técnicas Invasivas y No Invasivas.
EPOC: Exacerbación aguda. Manejo en la guardia. Criterios de internación. Monitoreo respiratorio.
Asma. Algoritmo en la urgencia. Aerosolterapia. Uso del pico flujo. Monitoreo respiratorio.
Patología pleural de urgencia. Derrame pleural, técnicas de drenaje pleural. Neumotórax espontáneo y traumático. Traumatismo cerrado de tórax. Hemoptisis
Infecciones respiratorias. Gripe. NAC. Manejo inicial. Escalas de severidad.
Insuficiencia Respiratoria. Manejo básico de la vía aérea. Ventilación en la urgencia

FIN DEL ANEXO