

Universidad Nacional de La Matanza

Tesista: Lic. Fernando Da Fonseca

“Implementación del Portafolios de evidencias durante el ciclo clínico en la carrera de Kinesiología de la UNLaM”

Maestría en Educación Superior

Directora: Mg. Marcela Imperiale



2022

Índice

Glosario	5
Agradecimientos	7
Prólogo	9
Presentación general	11
Objetivos	15
Objetivo General:	15
Objetivos Específicos:	15
Hipótesis	15
Capítulo 1. Marco Teórico.	16
Marco referencial contextual	16
Capítulo2. Enseñar con portafolios en el ciclo de formación clínica. El Portafolios en el proceso de enseñanza	23
Capítulo 3. Las prácticas en el ámbito de la salud. El hospital como escenario.	31
3.1 El Hospital como escenario formativo	37
3.2 Nuevos ámbitos en la relación de enseñanza y de aprendizaje	41
3.3 Las prácticas en terreno y la enseñanza situada	43
	2

Capítulo 4. Metodología	47
Tipo de Diseño:	47
Universo y Muestra:	47
Variables y ejes de análisis	49
Plan de análisis	53
Análisis de las entrevistas:	53
Capítulo 5. Análisis del Plan de Estudios	54
5.1 Breve reseña de la Universidad y de la carrera de Kinesiología	54
5.2 La carrera de Kinesiología y Fisiatría en UNLaM, análisis de su Plan de Estudio	56
5.3 Análisis de los programas de las materias que los alumnos tienen trabajo de campo.	61
Capítulo 6. Portafolios Digital implementado	67
6.1 Diseño del Portafolios de evidencias.	70
6.2 Evaluación de las Prácticas Hospitalarias.	70
Capítulo 7. Resultados de la Investigación	73
Discusión	95
Bibliografía citada y de referencia	99
Apéndice	106
1) Encuesta.	106
2) Fichas de entrevistas.	110

3) Modelo de Convenio.	117
4) Portafolios de una estudiante.	121

Glosario

AKM: La asistencia Kinésica motora o “AKM” es un proceso global y continuo destinado a promover la independencia física y habilidades funcionales a través de la ejercitación.

AKR: La asistencia Kinésica respiratoria o “AKR” comprende varias técnicas de higiene bronquial que se realizan con el fin de eliminar secreciones del árbol bronquial. Las mismas, están indicadas en varias enfermedades respiratorias, tanto de adultos como en pediatría.

Atención Primaria de la Salud: Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Competencias: Pericia, aptitud o idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado.

Exámenes complementarios: Indagación y estudio que se hace acerca de las cualidades y circunstancias de una cosa o de un hecho. Que sirve para completar o perfeccionar algo.

Habilidades Clínicas: Son habilidades específicas que caracterizan la actuación profesional de la Salud. La adquisición equilibrada de estas habilidades por parte del estudiante le otorgará herramientas necesarias para la atención de los pacientes.

Historia Clínica: Relación ordenada de los antecedentes clínicos de un paciente y de otros datos obtenidos mediante interrogatorio, observación y otros exámenes complementarios con el fin de conseguir un diagnóstico correcto y determinar un tratamiento de la enfermedad que padece.

Hospital Universitario: Centro hospitalario dedicado a la asistencia, docencia e investigación médica. Lo que lo diferencia de otros hospitales es su vinculación y compromiso con las funciones esenciales de la universidad: docencia, investigación y extensión.

Pase de Guardia: El pase de guardia es una actividad médica en la que se transfiere información y responsabilidad entre profesionales en situaciones de discontinuidad o transiciones en el cuidado de los pacientes.

Prácticas Hospitalarias: Las prácticas hospitalarias constituyen un espacio para la construcción de aprendizajes que integran un proceso. El alumno que ha realizado un recorrido de formación académica universitaria accede a través de esta instancia al campo del ejercicio profesional.

Portafolios: Colección de documentos que proporcionan pruebas del aprendizaje y un análisis reflexivo de los acontecimientos documentados.

Rehabilitación: Conjunto de métodos que tiene por finalidad la recuperación de una actividad o función perdida o disminuida por traumatismo o enfermedad.

Unidad Docente Hospitalaria (UDH): Estructura física y funcional donde se asienta la enseñanza de las materias que constituyen el ciclo clínico. La Unidad puede integrarse mediante la asociación de instituciones asistenciales que se complementen.

Ventilación Mecánica: La ventilación mecánica es una estrategia terapéutica que consiste en asistir mecánicamente la ventilación pulmonar espontánea cuando ésta es inexistente o ineficaz para la vida.

Agradecimientos

Dejé esta sección para el final pensando que sería cuestión de sentarse y que fluya ...resultó difícil ponerle palabras a mi gratitud, y por demás decirlo, me quedo corto o, por lo menos al repasar las palabras, siento que así es.

Son muchas las personas a las cuales les estaré siempre agradecido, seguramente cada una de las que mencionaré fueron parte importante para poder cumplir con la difícil tarea de poder escribir mi Tesis.

Comenzaré por mi esposa Miriam compañera de profesión y de la vida, motor para seguir siempre apostando a ir por más en todos los aspectos de la vida.

A mis hijos Blas y Julia por los momentos que me perdí de compartir y por todo lo que para mí representan....Todo.

A mis padres Mónica y José por estar siempre presentes y ser mis pilares para lo que pude construir, por continuar seguir siendo la profesora de lengua y literatura y corregir mis errores sin sintaxis y ortografía.

A Luisa Giorgetti y Juan Boasso, los dos coordinadores de carrera que me tocó en estos años, gracias por el apoyo y la colaboración de siempre.

A mis compañeros de Maestría, cada uno con su profesión, pero iguales en este camino que elegimos con la docencia.

A los docentes y a las autoridades de la Maestría cada uno con su aporte, por acompañarme en este desafío.

Y por último a Marcela Imperiale, mi Directora de Tesis, gracias por tu tiempo, consejos, ideas y sobre todo paciencia.

Gracias, gracias y gracias a todos.

Prólogo

En todos estos años que fui pensando sobre la escritura de mi tesis me fue difícil poner en contexto a quien me escuchara sobre mi tema, y no es para menos porque tiene sus particularidades; por eso mismo es que voy a ser autorreferencial y contar un poco como fue mi recorrido desde finales de los 90' hasta estos días con casi 22 años de profesión.

Me gradué como Licenciado en Kinesiología y Fisiatría en la Universidad de Buenos Aires (UBA) en el año 2000, al año siguiente rendí el examen de Residencia e ingresé al Hospital Pedro Fiorito en donde cumplí mis 3 años de residente y fui jefe de Residentes, paralelamente cursé y aprobé el posgrado de Especialista en cuidados críticos (SATI). Durante mis días como estudiante recuerdo que las primeras prácticas hospitalarias comenzaron en 3re año y se incrementaron durante los 2 últimos años (4to y 5to), entre otros me tocó rotar por los siguientes Hospitales: Hospital Durand, Hospital de Clínicas José de San Martín, Hospital Alvarez, Hospital Elizalde; en cada una de estas sedes nos esperaba el Profesional encargado de recibir los alumnos de determinada materia y generalmente nos distribuía con distintos profesionales al cual acompañábamos en su recorrida de atención de pacientes que le tocaba asistir. Durante el tiempo que duraba la rotación era posible que nos fueran cambiando el kinesiólogo y así también la sala de internación. La articulación con la materia en su parte teórica muchas veces quedaba supeditada a la elección de pacientes que el profesional escogía para ver con los alumnos, otras veces esto no era posible debido a la cantidad de pacientes que necesitaban atención. Desde la organización de las distintas materias bastaba sólo la asistencia para aprobar la rotación.

También me tocó, desde mi época de residente hasta la actualidad, recibir alumnos de distintas Universidades: UBA, Favaloro, Maimónides, UNER, UNLaM, Barceló, en mis puestos de trabajo en el Hospital Fiorito hasta 2005, en el IADT y en el Hospital Rivadavia hasta el día de hoy. Como docente en la práctica trato siempre de poner en contexto al alumno sobre cómo es trabajar en una Terapia Intensiva junto a profesionales de otras carreras como Medicina, Enfermería, Nutrición, Terapia Ocupacional, Técnicos de RX, de laboratorio, camilleros, etc, y siempre intento que el alumno aproveche al máximo esa experiencia. Desde las Universidades generalmente sólo le exigen al alumno el certificado de asistencia a la rotación.

En el año 2013 fui invitado por la que, en ese entonces, era Coordinadora de la carrera de Kinesiología de la UNLaM Lic. Luisa Giorgetti a formar parte de las materias que tienen que ver con mi perfil profesional (Intensivismo y Kinesifisiatría Cardiorrespiratoria); me toca estar ahora de los dos lados, docente en la teoría y docente en la práctica; conociendo el tema puedo ver algunas de sus deficiencias y posibles mejoras.

Sin duda alguna es un área que me interesa al máximo, desde mis primeros pasos como personal de salud sentí al Hospital como un lugar maravilloso en donde el aprendizaje y la enseñanza interactúan con la profesión en forma continua; cada día es un nuevo conocimiento que se va construyendo entre todos los que formamos parte. Durante mi investigación fueron encuestados los Kinesiólogos que reciben alumnos de Kinesiología de la UNLaM y entrevistados los referentes de cada una de las Sedes Hospitalarias; sería correcto aclarar que no formé parte del universo de entrevistados/encuestados.

Presentación general

La presencia del alumno universitario de Kinesiología en los centros asistenciales es prioritaria para su formación como profesional que se desempeñará dentro de equipos multidisciplinarios cuyo objetivo fundamental será la atención integral de los pacientes. De acuerdo con esto los planes de estudios de la carrera contemplan una importante carga horaria que el alumno debe cumplimentar en los Hospitales. Estos centros asistenciales tienen profesionales que realizan una doble función: por un lado, la asistencial, la más desarrollada, y por el otro la docencia e investigación.

El propósito del presente estudio es describir las particularidades del proceso de enseñanza en el ámbito hospitalario desarrollado por el equipo docente en la carrera de Kinesiología de la UNLaM y la implementación del portafolios como estrategia metodológica de enseñanza.

Este estudio sostiene que la inclusión del portafolios como estrategia metodológica de enseñanza mejora la interacción entre los docentes y los alumnos, convirtiendo a los estudiantes en los protagonistas principales del proceso desarrollado en ámbito hospitalario.

La carrera de Kinesiología de la UNLaM tiene alrededor de 2000 alumnos activos, todos ellos pasarán por los centros de salud en su mayoría cercanos a la Universidad.

Esta investigación aportará más información acerca de cómo es el proceso de enseñanza desarrollado por los docentes en este ámbito, lo cual se considera vital para la formación de los estudiantes como futuros kinesiólogos. El alumno pasa gran parte de las horas destinadas a su formación en este ámbito; durante este período tiene la oportunidad de participar en la actividad

asistencial bajo la tutoría de un kinesiólogo, permanentemente pone en práctica sus conocimientos y tiene la oportunidad de observar la respuesta en el corto y el mediano plazo.

Sobre el alumno universitario en los centros de salud se encuentran numerosas publicaciones y autores que describen en forma particular cómo es la formación del futuro médico, también mucho hay escrito sobre la formación del enfermero en el ámbito hospitalario, pero no abundan los trabajos sobre el alumno de Kinesiología en los hospitales. Esto le otorga especial relevancia al tema del presente trabajo, además de su carácter situado y actual.

Podemos definir al "Hospital Universitario" como aquel centro de salud en el que trabajan profesionales de diferentes carreras (Medicina, Kinesiología, Enfermería, Fonoaudiología, Nutrición, etc), personal técnico como administrativo, junto a estudiantes de las diferentes carreras, que mediante convenios celebrados entre las Universidades y los Centros de Salud, acuerdan la posibilidad de rotar por sus instalaciones junto a profesionales que trabajan en dicha Institución. Los estudiantes hacen sus prácticas con pacientes reales, de esta manera, el aprender ocurre necesariamente en la relación entre el estudiante, el profesional y el paciente, donde el aprendiz aplica y transforma los conocimientos teóricos aprendidos en la sala de clases en acciones prácticas que son apoyadas por el docente. Las prácticas profesionales requieren la adquisición de habilidades complejas, éstas incluyen aspectos cognoscitivos, aspectos socioafectivos y desarrollos psicomotrices específicos. El rol del kinesiólogo/a docente en este contexto se transforma en un elemento importante del proceso, ya que, al integrarse con el estudiante en el campo clínico, proporciona a través de sus conocimientos profesionales las bases para el desarrollo del futuro kinesiólogo.

Es esta situación, la de enseñar con el paciente, y con lo que esto incluye (conocimiento de la patología, variantes de tratamiento, cuidados al paciente y al personal de salud, etc), lo que se pretende describir, analizar y caracterizar.

La propuesta para la mejora de la enseñanza en este ámbito fue la implementación de un portafolios de evidencias que el alumno tiene que realizar y entregar al docente responsable de la materia. Para la confección del portafolios el alumno deberá relatar lo visto durante cada día de su rotación hospitalaria, así como aquellos procedimientos o situaciones que le resultaron significativas. (Véase capítulo 6. Resultados de la Investigación).

Para poner en contexto al lector, brevemente y a modo de ejemplo se describirá cómo es la organización de una materia tipo con prácticas Hospitalarias.

Materia Kinesioterapia Cardiorrespiratoria (Segundo cuatrimestre 2021).

HORAS TEORICAS	32
HORAS PRACTICAS	64
HORAS TOTALES	96
ALUMNOS	57
SEDES HOSPITALARIAS	12

Las horas teóricas son efectivas en la Universidad mientras que las horas prácticas lo son en los centros de salud que realizaron convenios con la Universidad. Las sedes de rotación reciben un número acotado de alumnos por día según a las exigencias de cada una de las administraciones (5 alumnos como máximo). El profesional a cargo del alumno en la práctica hace su recorrida habitual por la sala de internación en donde se desempeña; de acuerdo con la

complejidad del paciente que le toca atender podrá involucrar en mayor o menor medida al estudiante en la atención del paciente.

“El tutor es un apoyo, guía y facilitador de la reflexión y el conocimiento, generando condiciones para que los estudiantes integren el saber de las prácticas, el saber sistematizado y la elaboración personal.” (Davini 2008 en alusión a Schon 1992).

Objetivos

Objetivo General:

Caracterizar las particularidades del proceso de enseñanza de los docentes de Kinesiología de la UNLaM en el ámbito hospitalario y analizar el impacto del uso del portafolios como herramienta metodológica.

Objetivos Específicos:

Describir las estrategias de enseñanza que utilizan los docentes en este ámbito.

Analizar el plan de estudio de la carrera y los programas de las materias en que los alumnos tienen trabajo de campo.

Diseñar e implementar el portafolios como registro diario de las diversas actividades realizadas en la atención de los pacientes.

Hipótesis

La utilización del Portafolios como herramienta metodológica potencia la práctica reflexiva y el pensamiento crítico de los estudiantes en el ámbito hospitalario fortaleciendo la integración de la teoría con la práctica.

Capítulo 1. Marco Teórico.

Marco referencial contextual

María Cristina Davini (2008), en su trabajo sobre Métodos de enseñanza describe entre otras cosas, que una de las formas de aprendizajes más importantes se da cuando una persona o un equipo ayuda a otro a aprender. Un profesor conduce a un grupo de alumnos para alcanzar la comprensión de un problema y desarrollar capacidades de pensamiento, un equipo de profesionales guía en el aprendizaje de la profesión.

Enseñar implica:

- Transmitir un conocimiento o un saber.
- Favorecer el desarrollo de una capacidad.
- Corregir y apuntalar una habilidad.
- Guiar una práctica.

En todos los casos la enseñanza es una acción voluntaria y conscientemente dirigida para que alguien aprenda algo que no se puede aprender solo. Estas intenciones son de doble vía, sin embargo, la intencionalidad surge de quien enseña, con los recursos necesarios para que los otros puedan aprender y aún deseen hacerlo.

Enseñar es un acto de transmisión cultural con intenciones sociales y opciones de valor. Fenstermacher (1989) distingue “la enseñanza con éxito”, con resultados de aprendizaje y la “buena enseñanza” sustentada en valores éticos y en la validez de aquello que se enseña. Las prácticas de enseñar no se pueden transformar en actos rutinarios. La enseñanza debe considerar

la promoción de los resultados de aprendizaje y la transmisión de conocimientos, habilidades, capacidades consideradas válidas y éticamente sostenibles.

La enseñanza es un sistema de relaciones e interacciones reguladas. La relación implica a determinados actores y componentes involucrados en una dinámica particular en la que cada parte del sistema mantiene una interdependencia recíproca.

- El que enseña, que conoce lo que enseña y que tiene confianza en la posibilidad de aprender de los otros.
- El que acepta aprender.
- Una materia o contenido que se busca enseñar, considerado válido y valioso.
- Un ambiente que facilite el desarrollo del proceso.

Las partes alcanzan su significado en la medida del conjunto del sistema. Las interacciones entre los sectores no son azarosas sino reguladas, conforme al ajuste de intercambios entre los miembros y a un orden de acciones junto a reglas dinámicas en torno a las actividades y a los objetivos.

Los contenidos incluyen conocimientos a asimilar y habilidades a desarrollar, como también los modos de relación, los modos de pensamiento, los modos y las formas de expresión, actitudes y valores sociales. Todo lo que se enseña en forma intencional y sistemática es un contenido que debe ser integrado en la enseñanza y no solo la lista de temas de los programas. El contenido debe incluir el ejercicio sistemático de ciertas habilidades que los docentes suelen esperar de los alumnos, como requisito previo debe ser también contenido y objeto de la enseñanza misma.

Este sistema de relaciones se desarrolla en el ambiente que incluye los recursos materiales necesarios y relevantes para realizar la enseñanza. El ambiente no solo refiere a los medios o recursos, incluye también las formas de interacción o intercambio del grupo. Es en el debate, el diálogo, los intercambios horizontales, los grupos de trabajo activos, los que constituyen la posibilidad de enriquecer los resultados.

La enseñanza no es una relación entre máquinas sino entre personas activas con sentido propio. Desde este lugar el docente puede potenciar resultados con diversas prácticas:

- Guiar y apoyar a los alumnos para que trabajen y piensen por sí mismos.
- Ayudar a problematizar los contenidos abordados.
- Favorecer la participación.
- Facilitar que los estudiantes intervengan en la planificación de sus actividades de aprendizaje y de la valoración de sus progresos.
- Habilitar y estimular la transferencia de los aprendizajes a las prácticas particulares.

A lo largo de la vida el ser humano necesita aprender para satisfacer necesidades, adquirir herramientas prácticas de conocimiento, de comunicación y de acción para adecuarse a las circunstancias cambiantes individuales y sociales. Se aprende para adaptarse y ajustarse a los cambios. Esta adaptación es totalmente activa porque incluye características y modalidades personales. Por lo tanto, el aprendizaje se define como un cambio en las conductas de un individuo, siempre que no sea el resultado de la maduración o de cambios naturales de la vida.

Para aprender se desarrollan capacidades, algunas surgen de modo espontáneo y otra con la intención de otra persona que lo enseña. En todos interfiere la influencia del medio y la transferencia de lo aprendido a otras situaciones.

La reflexión acerca del aprendizaje es necesaria para quienes busquen conducir los procesos de enseñanza para potenciarlo o facilitarlo.

El aprendizaje se mueve entre procesos individuales y sociales porque si bien implica un resultado individual su desarrollo requiere de una mediación social activa, de influencias del profesor, de la interacción con los otros, o en el intercambio con las herramientas culturales y sociales.

Hoy existen conocimientos y experiencias que muestran que lo individual y lo social son aspectos integrados en una sinergia, un polo potencia al otro (Gardiner 1988, Bateson 1998). La enseñanza debe ser pensada en forma más amplia, el aprendiz no se desarrolla sólo por la acción de quienes enseñan. Enseñanza y aprendizaje forman un sistema dinámico que incluye las interacciones con el grupo que aprende, la organización de un ambiente propicio, las reglas de la organización, el contexto y la cultura en la que se desarrolla y los artefactos culturales que serían los andamios para aprender.

El sujeto que aprende no es un receptor de información que recibe, sino que relaciona, lo transforma y lo reconstruye integrándolas a las estructuras de conocimientos y habilidades que posee y las adecua para sus necesidades.

El ideal de aprendiz como construcción implica reconocer que todo individuo es un agente activo en el intercambio con el ambiente y se distancia de la idea de que sólo es receptor pasivo de conocimiento recibido.

En el enfoque del paradigma constructivista el alumno se sitúa como centro del proceso de aprendizaje, construyendo o deconstruyendo su conocimiento, de forma activa, de manera que tenga algún significado a nivel personal. Para los constructivistas, el nuevo conocimiento se construye sobre el que ya existe, sobre los conocimientos previos. Así el protagonismo en el aprendizaje es del que aprende, aquí el docente se ubica como un facilitador del proceso más que un mero transmisor. Se puede decir que existe un consenso bastante amplio en considerar que el aprendizaje en adultos es un proceso constructivista, autodirigido, colaborativo y contextual. La autonomía es la característica esencial del aprendizaje de los adultos. Esta noción de autoaprendizaje se entrecruza con el proceso de reflexión que juega un rol importante en el proceso de autorregulación (cognitiva y motivacional).

Otro principio que aporta el constructivismo es que el aprendizaje profundo y duradero se produce en ámbitos o entornos colaborativos entornos igualitarios.

Los docentes no solamente instruyen, sino que además estimulan al estudiante a la toma de decisiones, a hacer observaciones, a percibir relaciones y a trabajar con indagaciones. De esta manera, el docente facilita y guía al estudiante en el desarrollo de habilidades y competencias que conducen a la adquisición de un saber complejo, que lo habilita para la resolución de problemas y la toma de decisiones, de manera integral con un pensamiento sistémico.

Según Nolla Domenjo (2006) un abordaje contemporáneo de aprendizaje enfatiza la importancia del contexto en que se aprende el conocimiento. Se dice que el conocimiento se recuerda mejor en el contexto en que se ha aprendido. Desde este punto de vista el aula, no es el mejor contexto, sino aquel en el que se deberán aplicar el conocimiento y las competencias adquiridas, es decir los contextos profesionales, en este caso: prácticas en ámbitos hospitalarios.

Donald Schön (1992), observando el aprendizaje en varios contextos profesionales formula la teoría del profesional reflexivo. Schön reconoce la vertiente técnica del conocimiento profesional, pero sugiere que la práctica profesional es un arte, más que algo técnico y racional, y que su base de conocimiento está formada principalmente por el aprendizaje a partir de la experiencia a lo que llama *conocimiento en acción*. No obstante, el futuro profesional deberá afrontar muchas situaciones en la práctica, que son inciertas, complejas o únicas, y sorprendidas que desencadenan un proceso de reflexión en dos tiempos: durante la acción (*reflection in action*), y otro tiempo después de pasada la acción, donde se puede reflexionar sobre la misma (*reflection on action*). Según Schön (1992), “*el aprendizaje a través de la exposición y la inmersión, el aprendizaje experiencial, con frecuencia se desarrolla sin un conocimiento consciente, aunque los estudiantes puedan llegar a ser conscientes de ello más tarde cuando cambien de contexto*” (p. 46).

Siguiendo con esta línea de pensamiento la Doctora Angels Domingo (2021) propone mostrar cómo obtener conocimiento verdadero a partir de la acción y de la experiencia. Afirma que la reflexión sistemática sobre la práctica individual genera conocimiento profesional también llamado competencias, ve la práctica reflexiva como una propuesta altamente efectiva gracias a que articula el conocimiento teórico al práctico; para ella la Práctica Reflexiva sustenta tres tipos de conocimientos.

- Avances de la psicología cognitiva y fundamentación en la neurociencia.
- Integración de las investigaciones recientes sobre el proceso reflexivo.
- Experiencias en más de 52 países de Europa y América sobre la implementación de la práctica reflexiva.

El ser humano tiene la capacidad de reflexionar en forma espontánea y natural pero la práctica reflexiva requiere de un entrenamiento voluntario e intensivo (Domingo 2014).

Reflexión Natural	Práctica Reflexiva
Innata	Aprendida
Espontánea	Metódica
Instantánea	Sistemática
Natural	Instrumentada
Improvisada	Premeditada
Casual	Intencional

Fuente: (Domingo, 2014 p.54).

Para producir cambios en las prácticas en los servicios de salud, es necesario que la acción educativa privilegie el conocimiento práctico o en la acción y favorezca a partir de él la reflexión compartida y sistemática.

La propuesta de un modelo centrado en la persona que aprende y el desarrollo de estrategias de aprender a aprender persigue que los estudiantes sean más reflexivos y autónomos en su propio proceso de aprendizaje y que se conviertan en los protagonistas de dicho proceso. Los problemas que deberán afrontar estos futuros profesionales cruzaran las fronteras de las disciplinas y demandan enfoques innovadores y habilidades para la resolución de problemas complejos.

En resumen, podemos decir que aprendemos a partir de la experiencia, y es necesario reflexionar sobre la práctica. El simple hacer, sin reflexionar no implica aprendizaje.

Capítulo2. Enseñar con portafolios en el ciclo de formación clínica. El Portafolios en el proceso de enseñanza

Los portafolios consisten en un conjunto organizado y sistemático de trabajos realizados por los estudiantes reflejando entre otras cosas sus conocimientos, evolución de sus habilidades, actitudes y aptitudes en dominio de una asignatura determinada (Danielson y Abrutyn 1999). Se consideran como un espacio físico, digital y/o virtual que sirve para recopilar trabajos, escritos, fotografías y cualquier otro elemento que señale algún registro que se desea realizar. Su origen etimológico proviene de la palabra francesa "portefeuille" que significa carpeta de mano para llevar libros o papeles, en el campo de la medicina, sus primeras aplicaciones (1995) se llevaron a cabo en países como Canadá, Reino Unido y los Países Bajos, en las instituciones de capacitación y formación para enfermeras. Supone colecciones deliberadas y no azarosas de la tarea de los alumnos y favorecen los procesos de autorreflexión reconstruyendo el proceso de aprendizaje y la adquisición de competencias. De acuerdo con Hernández (2006), el portafolio constituye un método de enseñanza, y también de evaluación, el cual básicamente consiste en el aporte de producciones de diferente índole por parte de quien es docente o de quien es estudiante. Es a través de estas evidencias que se pueden valorar los desempeños en el marco de una disciplina o curso específico. Dichas elaboraciones dan cuenta del proceso personal seguido por quien elabora el portafolio, ya que reflejan esfuerzos, dificultades, logros y propuestas alternativas, en relación con los objetivos y los criterios de evaluación establecidos previamente, así como con los rasgos de competencia y los resultados esperados, según el caso. Al poner el foco en la educación de ciencias de la salud han demostrado ser útiles para favorecer el

desarrollo profesional de los estudiantes, según refiere Lonka (2001), al utilizarlo con estudiantes en Finlandia durante la rotación de Obstetricia y Ginecología, este instrumento ayuda a los estudiantes monitorear el alcance de los objetivos de aprendizaje alentando procesos metacognitivos de autorreflexión. El portafolio permitirá a cualquier persona reflexionar sobre una actividad determinada para mejorarla y, también, permite acreditar su dominio. Su dinámica central será la reflexión sobre la práctica realizada. Esta actividad debe ser llevada a cabo con la orientación de un docente o tutor.

Proceso de elaboración de los portafolios (Rodríguez Weber y Pedraza Moctezuma, 2009)

- Identificación de experiencias que el estudiante define como significativas.
- Identificación de que aprendizaje se obtuvo a través de las experiencias.
- Especificación de como ese aprendizaje es demostrado en las prácticas.
- Identificación de necesidades adicionales al aprendizaje.

Desde el punto de vista de los estudiantes podemos diferenciar cuatro fases (Danielson y Abrutyn, 2000). La primera fase será de recolección de evidencias como casos clínicos, interpretación de exámenes complementarios como resultados de laboratorios e imágenes, documentos, artículos científicos, búsquedas bibliográficas, etc. La segunda fase es la de selección de las evidencias a incorporar. La tercera fase, llamada de reflexión, donde se resaltaré específicamente la reflexión como característica del portafolios que lo diferencia de una

evaluación tradicional. Por último, la fase cuatro de publicación o proyección donde el alumno finalmente organiza las evidencias escogidas de una manera estructurada y comprensible.

El portafolio tiene dos grandes objetivos (Matus, Torres y Parra. 2009): estos serán el aprendizaje y la evaluación. El primero se logrará principalmente a través de la reflexión realizada por el estudiante acerca de su propio aprendizaje. Para que el alumno tenga éxito en lograr un aprendizaje reflexivo, se necesitará la permanente orientación, por parte de un docente tutor capacitado en el uso de esta herramienta, además una adecuada introducción al uso del portafolios, clarificando adecuadamente su objetivo y procedimiento. Así se logra la motivación del alumno a desarrollar su capacidad reflexiva y a utilizar estrategias de aprendizaje centradas en la comprensión y entendimiento, lo que es fundamental para su desarrollo adecuado. El segundo objetivo es el de evaluación, existen trabajos que demuestran que el portafolio es una prueba válida de la capacidad reflexiva del estudiante, siendo la calidad de la reflexión el predictor más fuerte de su final. Dos roles principales se ejercen en el desarrollo del portafolio como herramienta, uno es el de sujeto que asume su aprendizaje y muestra sus desempeños y avances durante el proceso de construcción y finalización del portafolio. El segundo rol será el del evaluador, quién dará seguimiento al proceso de confección del portafolio y contrastará los avances respecto de los lineamientos pautados para los niveles de logro esperados. Esta herramienta refuerza el aprendizaje y la evaluación de las competencias genéricas de la educación clínica del alumno universitario: capacidad de reflexión, desarrollo profesional y personal, incentiva las habilidades de comunicación verbal y escrita, habilidades de gestión de la información, pensamiento crítico e interacción social. El portafolio puede ser muy eficaz como

herramienta de aprendizaje y evaluación, para esto es necesario que los estudiantes y tutores reciban directrices claras para su utilización.

Los portafolios electrónicos, digitales o ePortfolios (Matus, Torres y Parra. 2009) son recopilaciones reflexivas sobre las vivencias, opiniones y pensamientos de un individuo, que se almacenan electrónicamente en un sitio Web. Su formato de almacenamiento podrá ser en forma de texto (un documento Word o PDF), imágenes, fotografías, multimedia, hipervínculos, formato blog (Web Log). Las entradas del ePortfolio deben ser dinámicas, permitir su fácil edición, pueden ser abiertas al público general o a comunidades delimitadas o privadas. Los ePortafolios pueden ser creados utilizando herramientas de las distintas aplicaciones de software genérico disponible hasta sistemas de plataformas específicas disponibles para la creación de portafolios. Al diseñar un portafolio digital deberá incluir un software pertinente, de fácil accesibilidad para que los estudiantes publiquen los materiales construidos en cualquier lugar, y comentarios reflexivos de los estudiantes que actúan como metadocumentación.

Con respecto a la utilización del Portafolios en el Pre-grado de carreras de Ciencias de la Salud podemos encontrar amplias publicaciones sobre todo en Europa y Estados Unidos. Chertoff J. y colaboradores (2015) investigaron sobre el número de Escuelas de Medicina que utiliza Portafolios en algún momento del recorrido universitario de los alumnos. Los resultados fueron que el 50% de las Escuelas de Medicina lo utilizan y el 76% de éstas lo hacían en formato digital o ePortafolios. Concluyen su investigación con los siguientes resultados y conclusiones; El 72% desarrolló un portafolios longitudinal basado en competencias. La característica más común de los portafolios fue la escritura reflexiva (79%). El 73% permite el acceso al portafolios fuera del campus, el 58% permite el uso de tabletas y dispositivos móviles, y el 9% involucra las

redes sociales dentro del portafolios. Estuvieron de acuerdo en que el portafolios involucraba a estudiantes y profesores, respectivamente. El 97% informó que los portafolios utilizados en su institución tienen margen de mejora.

Una revisión sistemática realizada por Buckley S. y su equipo de trabajo en el año 2009 sobre la utilización de Portafolios en el Pre-grado, encontró que de los estudios que cumplían sus criterios de inclusión (69 estudios), 18 fueron de Medicina, 32 de Enfermería y 19 de otras profesiones de las ciencias de la salud incluyendo Odontología, Kinesiología y Radiología. Los Portafolios se utilizaron principalmente en el ámbito clínico, su finalización fue en su mayoría obligatoria, la reflexión requerida y la evaluación (ya sea formativa, sumativa o una combinación de ambas) fue la norma. Los autores concluyen identificando mejoras en el conocimiento y la comprensión, una mayor autoconciencia, compromiso en la reflexión y una mejor relación entre estudiantes y tutores como los principales beneficios del uso del portafolio.

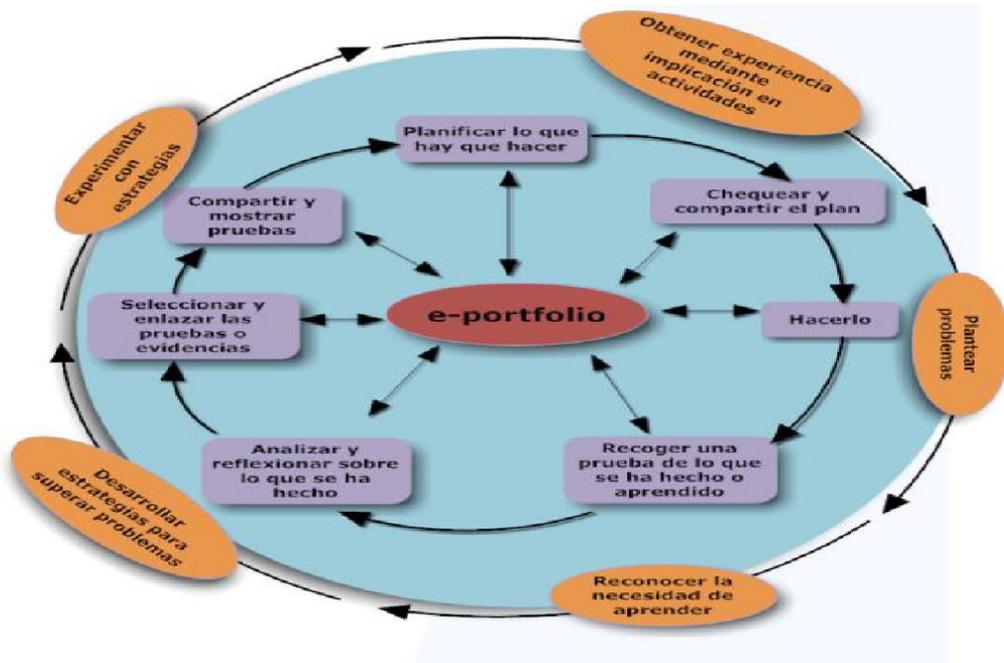
Driessen E. (2005, 2012) muestra que los portafolios son un método potencialmente valioso para evaluar y desarrollar las habilidades reflexivas de los estudiantes en la formación médica de pregrado, siempre que se reconozcan y cumplan ciertas condiciones para portafolios efectivos. Los Portafolios tienen un gran potencial para mejorar el aprendizaje y la evaluación, pero observa que pueden ser muy vulnerables y conducir fácilmente a la decepción. Sugiere que antes de implementar portafolios en educación, primero se debe considerar si se pueden cumplir las condiciones necesarias, incluida una estructura de portafolio apropiada, un procedimiento de evaluación apropiado, la provisión de suficientes experiencias y materiales nuevos, y suficiente capacidad docente para un entrenamiento y evaluación adecuados.

Juan Alberto Díaz Plasencia (2016) afirma que en la utilización del portafolios el alumno debe mirar reflexivamente, permitiéndole reconocer sus habilidades y destrezas. El portafolio implica que el alumno pueda autoevaluarse y comprender las fortalezas y limitaciones; también permite la evaluación auténtica del desempeño del estudiante y la autocrítica del docente frente a los logros y dificultades del proceso. Esta herramienta facilita el proceso constructorista de conocimiento. La teoría propuesta por Seymour Papert, el constructorismo, representa una manera activa de aprendizaje según el cual el individuo aprende en la medida que construye objetos para pensar, los comparte y mejora a través de la retroalimentación del docente y el grupo.

Díaz, Romero y Heredia (2012) afirman que el portafolio favorece la introspección, la auténtica evaluación, el crecimiento académico en la adquisición de competencias. Los portafolios permiten la autoevaluación desde miradas reflexivas y autocríticas, dando la oportunidad al alumno de superar sus debilidades. Cuando se utiliza esta herramienta en formato digital (E-portafolios) se puede hacer seguimiento a los avances y debilidades de los estudiantes, realimentar el proceso y establecer planes de mejora. El E-portafolio debe ser diseñado a partir de principios pedagógicos y tecnológicos, que sirvan tanto en lo educativo como en el plano individual y que pueden utilizarse durante largos períodos de tiempos. También consideran que gracias al E-portafolio los individuos son gestores de su aprendizaje y les da sentido significativo a los contenidos.

Díaz Plasencia concluye afirmando que la teoría del aprendizaje autodirigido sustenta el desarrollo del Portafolios por parte de los alumnos, luego cita a Knowles quien establece que los adultos pueden dirigir sus aprendizajes, tienen motivación interna, necesidades de aprendizajes

relacionados con los roles por asumir para aplicarlos inmediatamente con recursos derivados de una gran riqueza de experiencias. Estos sustentos se sostienen entre los estudiantes de las carreras médicas donde ellos seleccionarán los documentos que van a incluir y presentan los que demuestren el logro de destrezas profesionales. La elaboración de un portafolios es un proceso complejo pues no tiene una progresión lineal porque cada paso ressignifica el anterior. El mismo autor junto a Sandra Castro Vera (2022) utilizó una escala desarrollada por Murray Fisher y colaboradores en el año 2001 en Australia; La *Self-Directed Learning Readiness Scale for Nursing Education* con el objetivo de medir el aprendizaje autodirigido (AAD) a 189 estudiantes de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo en Perú. El instrumento de medición es una escala de Likert de 5 puntos que incluye de 40 ítems organizados en tres factores: autogestión, deseo de aprender, y autocontrol. La evaluación global del aprendizaje autodirigido en esta cohorte de estudiantes aumentó en más del 30% después de aplicar el portafolio virtual autorreflexivo. Los autores concluyen afirmando que el portafolio educativo desarrolla las capacidades reflexivas y de aprendizaje autodirigido (AAD) en la formación de profesionales de la salud, fortaleciendo al alumno para integrar la teoría con la práctica, fomentando la reflexión y la autoconciencia.



Fuente: Imagen de Fernando Santamaría publicada en Apuntes sobre e-portafolios.

Capítulo 3. Las prácticas en el ámbito de la salud. El hospital como escenario.

Para abordar la manera en que el proceso de enseñanza se realiza en las prácticas hospitalarias se deben analizar dos concepciones didácticas diversas: una concibe la enseñanza como modelo heurístico y otra lo entiende como un andamiaje.

La enseñanza de los procedimientos basada en el modelado heurístico el docente es el modelo. Son importantes los procesos vicarios, como la observación; los simbólicos, como las representaciones; y los autorregulatorios, según Finkelstein y Gardey (2004).

A pesar de que el profesional docente constituye el modelo, el estudiante no es pasivo, focaliza su atención en los aspectos importantes, memoriza indicaciones e instrucciones, comprende el significado de la actividad reconociendo pasos a seguir para poder realizar, en etapas posteriores y progresivamente, la automatización de esos procedimientos para perfeccionar destrezas.

La segunda concepción de la enseñanza, el andamiaje, es la que entiende que hay un proceso gradual en el que interactúa el profesional con el estudiante. El experto lo ayuda a través de “andamios” que le posibilitan al aprendiz la apropiación del saber con creciente autonomía para lograr habilidades complejas (Bruner, 1984). El docente observa, interviene gradualmente, con confianza, pero supervisando atentamente, promueve la reflexión, la consulta y la fundamentación sobre lo que están realizando sus alumnos. El experto acompaña el aprender a desarrollar maniobras y procedimientos como “inmersión a la práctica”. El profesor sostiene su

rol semejante al del “tutor en el practicum reflexivo” (Schön, 1992) y de un “mentor” en los programas de iniciación en la vida profesional de los docentes noveles.

En las prácticas hospitalarias, ambos procedimientos, el modelado y el andamiaje, se presentan en forma alternada, se tiende a que el docente cada vez intervenga menos a lo largo del año.

En el caso especial de la formación de los médicos, los estudiantes comienzan sus prácticas en las Unidades Docentes Hospitalarias (UDH). Esta experiencia despierta sentimientos de ambivalencia: por un lado crecen y se desarrollan, pero por el otro, abandonan saberes anteriores sobre los que se asentaban su imagen profesional. Manifiestan sentimientos encontrados, contradictorios, pues sufren un gran cambio en el régimen de estudio, con mayor exigencia horaria y más dedicación a la labor profesional, y por el otro lado, experimentan sus primeras prácticas, con pacientes concretos, y ahí confirman o no la elección de su carrera. Estas experiencias son muy fuertes, generan un estado de desorganización producto del shock que sufren por la distancia entre sus modelos ideales sobre la profesión y las pautas de trabajo vigente en la institución. Es allí donde observan a los médicos que son sus docentes, evalúan cómo les transmiten sus conocimientos, los valoran o no, consideran su experiencia hospitalaria, se identifican con los modelos a imitar. Es importante que el docente le permita al estudiante ir incorporando un estilo de desempeño propio. El tipo de vínculo que establezca con él será fundamental en el tipo de vínculo que logre con sus futuros pacientes.

La enseñanza en las prácticas hospitalarias se asemeja al “practicum reflexivo de Schön (1992) en un espacio de formación donde se aprende haciendo, los estudiantes se interrelacionan con tutores y con sus compañeros, aprendiendo con la experiencia. El tutor debe proponer

actividades que provoquen transformaciones identitarias en su campo profesional específico. Debe ayudar para que adquieran un rol profesional. Posteriormente debe existir una reflexión sobre la acción (Schön, 1992) donde se consideren las acciones realizadas por medio de la evocación, considerando su actuación y sus fundamentos de manera de visualizar las teorías que la sustentan.

Cuando hablamos de prácticum estamos refiriéndonos al periodo que pasan los estudiantes en contextos laborales propios de la profesión (en fábricas, empresas, servicios, etc.). El prácticum constituye, por tanto, un periodo de formación que los estudiantes pasan fuera de la Universidad trabajando con profesionales de su sector y en escenarios de trabajos reales.

Los autores Jesús Millán Núñez Cortes (2003, 2008, 2012 y 2013) y José Antonio Gutiérrez (2012), en numerosas publicaciones hablan sobre la importancia del Hospital como ente formador de futuros profesionales (en este caso habla de Medicina) en España. Ellos plantean que, en una sociedad marcada por el avance continuo del conocimiento, todo hospital debe tener un cierto componente docente e investigador que incida sobre la calidad asistencial que presta. La función primordial de la mayoría de los centros del sistema sanitario está focalizada esencialmente hacia la asistencia. La formación del médico debe obedecer a una continuidad desde la enseñanza de grado hasta la formación especializada. Los nuevos planes de estudio han supuesto un avance en la adaptación a las nuevas exigencias de formación, con un gran trabajo colaborativo entre las facultades de medicina españolas en red con otras facultades europeas para avanzar en la armonización de los contenidos, competencias y estructuras. Esto ha supuesto la inmersión temprana del alumno en clínica (a partir de 2do año), así como la realización de un rotatorio final de 6to año. En los nuevos currículos cobra especial importancia

la formación en investigación. La formación del médico exige un esfuerzo de colaboración entre la universidad y el sistema sanitario. Todo esto significa que el hospital universitario deberá ser un espacio de encuentro y colaboración máxima entre las 2 instituciones que tienen las responsabilidades asistenciales y académicas de las que depende la formación de los futuros profesionales de la asistencia, de la investigación y de la docencia médica.

Es también Jesús Millán Núñez Cortes (2013), junto a otros autores quien publicó sobre la importancia en la relación de la Universidad con el Hospital. El autor hace hincapié en las nuevas necesidades que surgen en la formación de los futuros médicos, particularmente aquellas relacionadas con la definición, adquisición y evaluación de competencias, necesitan una potente estructura hospitalaria que soporte la docencia práctica en habilidades clínicas. El trascendente papel reservado a los hospitales universitarios significa que la institución sanitaria debe adaptarse para facilitar la implantación de una enseñanza de calidad, en aspectos estructurales y en el proceso de definición de objetivos y de evaluación de resultados a través de pruebas objetivas. Ello implica cambios en la estructura, en la organización y en la gestión.

El autor Alberto Alves de Lima (2005) en su publicación en la revista del Hospital Italiano de Buenos Aires habla sobre la educación médica, observa cómo es la evaluación efectiva del Residente; estos son evaluados por lo que Michael Kane definió como competencia clínica, esta sería el grado en que un individuo puede usar sus conocimientos, habilidades y el criterio asociado a su profesión para llevar adelante eficientemente en diferentes escenarios los problemas de su práctica.

La autora Elisa Lucarelli (2006) y col. investigaron acerca de cómo son los diferentes estilos docentes a través de la enseñanza con estudiantes que se encuentran en estadios

avanzados del desarrollo de prácticas de atención a pacientes en la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires. Reconocieron modalidades de intervención docente relacionadas con la observación y supervisión de la tarea de los estudiantes con el paciente y modalidades intervención docente que se concretan en participación directa en la actividad asistencial que desarrollan los estudiantes.

Lorena Bettancourt (2011) y col. investigaron como es el docente de Enfermería en los campos de la práctica clínica, en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Vaparaíso (Chile), donde observaron que la integración docente/asistencial es un elemento constructivo y facilitador del proceso de enseñanza y aprendizaje, que busca la formación de profesionales de enfermería que incorporen en su actuación las bases de un cuidado auténtico.

El autor Fernando Civeira Murillo (2010) publicó sobre la importancia del Hospital Universitario para la formación del futuro profesional médico asegurando que resulta incuestionable que la docencia práctica junto al enfermo es fundamental en la formación de los estudiantes de medicina, y que todas las recomendaciones docentes actuales hacen una valoración creciente de la importancia de habilidades y actitudes prácticas de los estudiantes.

La autora Felicidad Rodríguez Sánchez (2013) en su publicación sobre el Perfil del hospital universitario del siglo XXI observa que todo hospital debe tener un cierto componente docente e investigador que incida sobre la calidad asistencial que presta. Pero, aun cuando todos los centros asistenciales del sistema sanitario contemplen ese doble aspecto, y todos ellos estén disponibles para desarrollar actividades formativas, la función primordial de la mayoría de los centros del sistema sanitario está focalizada esencialmente hacia la asistencia.

Gabriel Listovsky (2000) en su publicación sobre formadores en ámbitos Hospitalarios en Argentina, asegura que como formadores debemos, por un lado, dominar los conocimientos de nuestra disciplina específica; y por otro, prepararnos para desarrollar estrategias y herramientas para facilitar su enseñanza y aprendizaje en el contexto del trabajo hospitalario.

En un análisis crítico del rol del Médico en Colombia los autores Viviana López-Ramirez y Javier Mora-Mendez (2021), afirman que no es suficiente ser un excelente Médico para ser un buen profesor; ya que en el contexto actual se suman diversos factores como los económicos, sistemas de salud deficientes, insatisfacciones de los usuarios de los servicios de salud, pérdida del reconocimiento social de la profesión. Para los autores es necesario que las Facultades de Medicina evolucionaran hacia la profesionalización de sus docentes con estímulos económicos, académicos y personales.

La Perspectiva teórica de la Didáctica Fundamentada (Candau, 1995) se asume como una teoría de la enseñanza con funciones reflexivas, explicativas y de intervención, entendiendo los procesos de enseñar y aprender en función de la confluencia de factores técnicos, epistemológicos, humanos y políticos en la producción de dichos procesos. Donde uno de los fundamentos prioritarios de esta perspectiva es la multidimensionalidad y la contextualización relativas a las Instituciones educativas y a la sociedad en donde se desarrollan.

En este contexto debemos tomar como conceptos claves a la innovación y a la articulación teórica-práctica en el proceso de enseñanza y en el currículum.

Las experiencias innovadoras se caracterizan por la ruptura y el protagonismo. La primera hace referencia a la interrupción de una determinada forma de comportamiento del docente que estará relacionado con una nueva práctica. De esta manera hablamos de praxis

inventiva como una práctica que incluye la producción de algo nuevo, a través de la resolución de un problema que puede ser de índole práctica como teórica y donde opera fundamentalmente el pensamiento en sentido estricto. El protagonismo por su parte requiere que sean producciones originales en su contexto de realización.

La articulación teórico-práctica puede ser sintetizada en la praxis, entendiéndola como modo específico de ser y conocer del hombre. Llevándolo al terreno de la práctica profesional Lucarelli (2004), hace referencia a 3 niveles en grado creciente de especificidad; el primer nivel sería la preparación para la práctica profesional, el segundo nivel incluiría la organización curricular junto con la estrategia metodológica y en el tercer nivel se incluyen las modalidades en que se expresa la articulación teórica-práctica, desde la ejercitación o la ejemplificación hasta la resolución de problemas.

La enseñanza que se lleva a cabo en espacios de atención ambulatoria se compone de tres momentos, el primero es el previo al encuentro entre el paciente y el alumno, el segundo sería la atención misma y el tercero o espacio post-clínico donde se reflexiona sobre la tarea, lo que Schon (1992) denomina prácticum reflexivo.

3.1 El Hospital como escenario formativo

El Doctor Mario Rovere (1993) señala que *"...siendo los servicios de salud servicios de personas para personas, es imprescindible reconocer la significación de los Recursos Humanos, no solo como factor estructural sino también como el principal factor de cambio; y al mismo*

tiempo el más fuerte estabilizador de esos cambios cuando estos se instalan en la cultural institucional:

La formación de este Recurso Humano se da a lo largo de los años, en la interacción cotidiana con otros colegas y en función de la resolución de los problemas que nos plantea el trabajo diario.

Los profesionales de salud que participaron de un sistema de Residencias construyen una identidad profesional e incorporan un modelo de trabajo, de esta manera se identifican a lo largo de los años como ex – residentes de determinada institución. La estrategia de enseñanza utilizada en este sistema tiene la particularidad que los residentes superiores tienen a su cargo la formación de los residentes de años inferiores, por lo cual asumen la función de formadores para con sus pares en el mismo momento que se están formando ellos.

Jacky Beillerot (1996) señala que *“el trabajo de formador consiste en establecer e implementar procedimientos que le permiten al adulto aprender en un contexto en donde cada vez más la formación y el formador están ligados a la evolución del problema de la producción y particularmente a la evolución y transformación del trabajo”*.

Lo antedicho está muy presente en el profesional-docente que tiene a su cargo la formación de sus alumnos, pero no puede descuidar la productividad que su puesto de trabajo implica.

Ferry Gilles (1990) sostiene que *“...el modelo pedagógico adaptado por los formadores, cualquiera que sea, tiende a imponerse como modelo de referencia de los formados. Estos se ven condicionados a reproducir los procedimientos, las actitudes, el estilo de comportamiento desarrollado por los formadores”*.

El profesional-docente debe dominar con idoneidad la disciplina, la especialidad en la cual trabaja y por otro lado debe acceder a una amplia y sólida formación pedagógica que le brinde herramientas para comprender y facilitar la formación de los alumnos a cargo.

Además de capacitarse en el dominio de herramientas tradicionales de la pedagogía tales como la planificación, la elección de estrategias didácticas, la conducción de clases, etc, debe entrenarse para gestionar tácticamente las propuestas de enseñanza, encarando estrategias realistas que sean capaces de superar las dificultades que se presentan y adaptarse estratégicamente a las circunstancias y acontecimientos que les toca enfrentar.

Es en este contexto de urgencias e incertidumbres que deben desarrollar estrategias y herramientas para facilitar la enseñanza y aprendizaje en el ámbito de trabajo hospitalario.

En los tiempos actuales los trabajadores de la salud deben ser como lo bien lo señala el Doctor Mario Rovere (1993).

- 1) Flexibles: en referencia a que su principal atributo sea el mantener y aún incrementar su capacidad de aprender.
- 2) Críticos y autocríticos: permanentemente insatisfechos con la calidad, la cobertura, la accesibilidad y la eficacia de los servicios que brindan.
- 3) Democráticos: teniendo responsabilidad social por los conocimientos puestos “en nuestra custodia”.
- 4) Cooperativos: Deben ser capaces de trabajar en equipos interdisciplinarios, donde los líderes sean flexibles y rotativos en función de los problemas que enfrentan.

5) Participativos: Teniendo vocación de protagonismo y liderazgo para propiciar cambios, así como también facilitar procesos macro y microsociales de participación.

En el ámbito de la salud el concepto de calidad estaba inicialmente relacionado al éxito o no de un tratamiento. Por ejemplo; porcentaje de éxito de un tratamiento, de una intervención quirúrgica, etc. Actualmente hablar de calidad en salud implica un abanico mayor en donde se agrega a lo anteriormente dicho la importancia de la relación médico-paciente, el ajuste al tratamiento en función de las necesidades de cada uno, el respeto por sus diferencias, su religión y sus valores culturales.

Los nuevos paradigmas hablan de un sistema abierto el cual implica que admite el ingreso y el egreso de las distintas singularidades que lo componen como así también la posibilidad de cambios en las funciones que les toca cumplir, o sea alguien que enseña puede ser en algún momento alguien que aprende y viceversa.

Otro punto importante es la multicentricidad, se modifica así el paradigma de la pirámide, en donde todo converge a partir de un único centro. Otro paradigma que se ve en apuros es el del archipiélago, según el cual cada unidad funcional trabaja aislada, sin conexión con las demás unidades. Todo lo antedicho hace pensar que una organización en red, en donde la colaboración, el intercambio de roles y la suma de esfuerzos otorgan mayor eficacia al funcionamiento diario de cualquier Institución.

En los Hospitales se convive diariamente con la lógica de la pirámide y el archipiélago, desconociendo logros y aptitudes de los colegas que trabajan en la misma institución.

La red apela permanentemente a la reciprocidad. Al trabajar en red nos acercamos más a trabajar en forma más flexible, con participación y capacitación permanente, pudiendo tener más herramientas en la identificación anticipada de problemas y posibilidades, utilizando la planificación estratégica y la creatividad permanente.

3.2 Nuevos ámbitos en la relación de enseñanza y de aprendizaje

Las imágenes que tenemos acerca de los procesos de aprender y de enseñar están ligadas a una imagen escolar, áulica en donde el maestro enseña y los alumnos aprenden.

Al hablar de educación no formal, educación informal, educación permanente, hablamos de alternativas a la educación tradicional.

Como lo expresa Bernet Trilla Jame (1993), la educación No Formal se conformaría por *"...el conjunto de Instituciones y medios educativos intencionales y con objetivos definidos que no forman parte del sistema de enseñar graduado o formal"*.

Esta educación No Formal atenderá a objetivos diversos que incluirán la capacitación laboral, la educación de jóvenes y adultos, el desarrollo comunitario, etc.

Como profesionales de la salud podemos decir que nuestros saberes y nuestra experticia no proviene solo de la formación universitaria, o del trabajo en el Hospital, sino que es la combinación de estos aprendizajes lo que nos va dando nuestra identidad profesional.

Si hablamos de educación permanente en salud citamos a Davini (1995) que señala que esta es *"un proceso permanente que promueve el desarrollo integral de los trabajadores de*

salud, utilizando el acontecer habitual del trabajo, el ambiente normal del quehacer en salud y el estudio de los problemas reales y cotidianos, como los instrumentos y situaciones más apropiados para producir aprendizaje”.

Podemos ver el aprendizaje como una modificación estable de comportamientos, y en el caso de situaciones vinculadas al trabajo como un proceso que lleva tiempo, constancia y esfuerzo lo cual lo hace un proceso difícil y complejo al cual se llegará por muchos caminos, no solamente a través de una clase de un docente dentro del aula.

En la vida cotidiana de los hospitales son múltiples las instancias y los procesos que se ponen en juego y que promueven aprendizajes. Ejemplos pueden ser los pases de sala, lo ateneos, la supervisión del y trabajo por un par o por un superior, la demostración y la práctica de una destreza, etc. Todas estas acciones debemos reconocerlas, fortalecerlas y valorizarlas como instancias educativas.

Como docentes dentro de un Hospital debemos tener en claro que enseñar se vincula especialmente con la capacidad de aprovechar y utilizar las situaciones que brinda el trabajo para promover aprendizajes útiles y significativos para la resolución de los problemas que tenemos a diario. Todo esto va más allá de la planificación y el dictado de una clase.

Podemos citar a Marta Souto (1999) al hablar con respecto a la intencionalidad de la formación *“...refiere al desarrollo de la persona adulta como sujeto participe de su mundo social, comprometido con él, con posibilidades de educabilidad continua y de adaptación dinámica a los cambios que el mundo del trabajo y la sociedad plantea”.*

El adulto aprende más relacionado al desarrollo de la persona y a la autoformación. La intencionalidad de la enseñanza está más ligada a provocar cambios en los sujetos en el sentido que posibiliten su incorporación activa a la sociedad.

3.3 Las prácticas en terreno y la enseñanza situada

La enseñanza tradicional está distanciada de la experiencia al concebir, por un lado, el mundo y, por otro, la mente que aprende; sin embargo, existen relaciones complejas entre las personas y el mundo. La teoría de la enseñanza situada brinda una perspectiva diferente del aprendizaje y el contexto. Destaca que el conocimiento siempre se construye y se transforma al ser usado.

En el caso de la práctica hospitalaria lo que se aprende siempre es complejamente problemático; el conocimiento siempre requiere reconceptualización como producto cultural y social. La enseñanza situada parte de la premisa que el conocimiento es situado, es parte y producto de la actividad, el contexto y la cultura en que se desarrolla y utiliza. Esto significa que se aleja de prácticas educativas en las que se asume que el conocimiento puede abstraerse de las situaciones en que se aprende y emplea y donde el aprendizaje es abstracto, descontextualizado, genera conocimientos inertes, poco útiles, escasamente motivantes y de relevancia social limitada.

La enseñanza situada promueve la realización de prácticas educativas donde el estudiante participa involucrándose en actividades similares a las que enfrentan los profesionales. De esta

manera, los estudiantes se apropian de prácticas y herramientas culturales comprendiendo las condiciones sociales e institucionales al interactuar con miembros de mayor experiencia. Por esta razón, son importantes la mediación y la ayuda ajustada a las necesidades del alumno y del contexto, así como estrategias que promuevan un aprendizaje colaborativo y recíproco con profesionales, profesores y pares.

Como lo señala Baquero (2002) *“El conocimiento situado debe comprenderse como un proceso multidimensional de apropiación cultural, ya que se trata de una experiencia que involucra el pensamiento, la afectividad y la acción. A través de un aprendizaje significativo, se trasciende la repetición memorística de contenidos inconexos y se logra construir significado, dar sentido a lo aprendido y entender su ámbito de aplicación”*.

Las prácticas en terreno son un espacio de enseñanza y de aprendizaje que forma, en la medida que permiten al alumno enfrentarse a fenómenos de la vida real; aplicar y transferir el conocimiento; desarrollar habilidades; dar sentido al quehacer profesional; manejar situaciones sociales y contribuir con la comunidad; vincular el pensamiento con la acción; reflexionar acerca de valores y cuestiones éticas; anticipar posibles roles profesionales, a través del desarrollo situacional y contextual. Las situaciones de formación en la práctica constituyen espacios de transición, donde el estudiante representa y se representa el rol que desempeñará en su futuro.

La práctica profesional en el ciclo superior de las carreras de ciencias de la salud requiere de procesos puestos en acción para la formación de aprendizajes complejos en Instituciones de trabajo como los hospitales, en donde se favorece la socialización temprana en la práctica y el desarrollo de comportamientos similares por parte del estudiante, con los que se manifiestan a diario en esos ámbitos o sea los profesionales que allí trabajan.

Como lo expresa Andreozzi (2000), las primeras experiencias de formación en la práctica implementada durante la carrera constituyen hitos significativos del propio trayecto de socialización profesional.

El alumno experimentará un estado de relativa incertidumbre frente a la necesidad de responder a las demandas de una institución. Tendrá también sentimientos de ambivalencia en la medida que, por un lado, la situación le posibilita crecer y desarrollarse como profesional, pero a la vez supone un abandono o prescindencia de lo que él se había representado sobre sí mismo respecto al desempeño del rol profesional. El contacto directo con el mundo del trabajo generará en el estudiante un shock y produce un impacto de desorganización, esto sucede al percibir las diferencias entre el modelo profesional transmitido como ideal desde la formación académica y las pautas de desempeño que deben respetarse en la situación de práctica. Es este desajuste uno de los factores de mayor conmoción afectiva y de tensión que vivirá el estudiante en la práctica profesional.

Relacionándose directamente con el paciente generará un impacto afectivo particular, ya que el estudiante llegará al primer encuentro condicionado por supuestos incorporados en su historia previa de formación.

Las situaciones críticas que podrá vivir en el ámbito de un hospital funcionando, las expectativas de cura, las imágenes sobre la relación terapéutica y la naturaleza del vínculo, las fantasías entorno a la tarea pesan sobre el accionar del estudiante en la práctica. Influyen también los modelos que el paciente ha elaborado sobre el “profesional”, que aquí es un estudiante.

Teniendo todo esto en cuenta, la práctica hospitalaria enfrenta al estudiante invariablemente al contacto directo con el objeto de trabajo. Esto despierta producciones

imaginarias, deseos, fantasías, temores y al mismo tiempo produce fenómenos de resonancia intrasferibles según la historia singular de cada sujeto.

Capítulo 4. Metodología

Tipo de Diseño:

Descriptivo: Se buscó caracterizar las particularidades del proceso de enseñanza de los docentes de Kinesiología de la UNLaM en el ámbito hospitalario.

Exploratorio: A partir de la implementación de un portafolios de evidencias como estrategia metodológica de enseñanza.

Observacional, Transversal y Prospectivo: Comenzó con la toma de datos, y se analizaron una vez finalizada la toma de encuestas y/o entrevistas.

Según el tipo de datos, será un diseño de campo (Sabino,1992): se tomaron encuestas y entrevistas. (de fuentes primarias la recolección de datos comienza a partir de la investigación, y fuentes secundarias, en la revisión del plan de estudio y de los programas de las materias en donde los alumnos tienen trabajo de campo).

Universo y Muestra:

La población de este estudio comprende Licenciados en Kinesiología y Fisiatría que son docentes en el ámbito hospitalario de las materias del ciclo clínico de la carrera de Kinesiología de la UNLaM.

El tipo de muestra fue no probabilística, accidental (Sabino,1992) y comprende los Lic. Klgo.Ftra. que recibieron alumnos de las materias del ciclo clínico de la UNLaM entre el año 2019 y 2022.

Criterio de inclusión:

- Licenciados en Kinesiología y Fisiatría, nacionales y/o extranjeros que reciban alumnos de las materias del ciclo clínico de la carrera de Kinesiología de la UNLaM con trabajo de campo.
- Los profesionales deberán ejercer en centros de salud con convenios con la UNLaM.

Criterio de exclusión:

- Que no quiera participar.

Unidad de análisis:

- 1) Kinesiólogos docentes de las materias con trabajo de campo en ámbito hospitalario.
- 2) Programa de la carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría de la UNLaM.
- 3) Programas de las materias del ciclo clínico de la carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría de la UNLaM con rotaciones hospitalarias.

Fuentes e Instrumento de recolección de información:

Para la Unidad de análisis 1

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, prospectivo. En función del tipo de datos a ser recogidos será un diseño de campo (Sabino ,1992) del tipo encuesta on line entre abril de 2019 y julio de 2022, de las fuentes primarias generadas a partir del procesamiento de encuestas y de entrevistas a Kinesiólogos que se desempeñen como docentes en el ámbito hospitalario.

Procedimiento: se contactó vía email y/o celular a los docentes que reciben alumnos en los hospitales y centros de salud de las materias del ciclo clínico de la carrera de Kinesiología y Fisiatría de la UNLaM para que responda una encuesta /cuestionario vía web diseñada para tal fin (formulario google). Como complemento de la encuesta se entrevistó a distintos referentes (7 docentes) de las sedes hospitalarias que reciben alumnos con convenios entre la Universidad y el Centro de Salud.

La encuesta está orientada a conocer las características de los participantes con relación a una dimensión laboral profesional, una dimensión docente y una dimensión relacionada a la implementación del portafolios como herramienta metodológica. La misma contiene preguntas cerradas dicotómicas – politómicas -Abiertas de múltiple elección.

Para la Unidad de análisis 2: se realizó una revisión bibliográfica del plan de estudio vigente de la carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría.

Para la Unidad de análisis 3: se realizó un análisis detallado de las materias del ciclo clínico de la carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría de la UNLaM teniendo en cuenta las siguientes dimensiones: Ubicación dentro del plan de estudios, objetivos de la asignatura en relación al trabajo de campo de los alumnos, competencias en relación al trabajo de campo de los alumnos, metodología de enseñanza y evaluación.

Variables y ejes de análisis

Unidad de análisis	Variables	Escala de valores	Indicadores	Instrumentos
<p>Kinesiólogos Docentes en ámbito hospitalario (UNLaM)</p> <p>Dimensión laboral profesional</p>	<p>Edad Cronológica</p> <p>Sexo</p> <p>Años de recibido</p> <p>Formación Académica</p> <p>Formación Docente</p>	<p>20-30 años 30-40 años 40-50 años 50-60 años más de 60 años</p> <p>Masculino Femenino</p> <p>0-5 años 5-10 años 10-15 años Más de 15 años</p> <p>Universitario Especialista Maestría Doctorado Otro</p> <p>Carrera Docente Ciclo Pedagógico Cursos o Posgrados en docencia Ninguna Otros</p>	<p>Expresada en años.</p> <p>Sexo Biológico</p> <p>Expresado en intervalos de 5 años, según figure en el título habilitante.</p> <p>Máximo grado académico alcanzado</p>	<p>Fuentes primarias encuestas</p> <p>Encuesta /cuestionario vía web a Kinesiólogos que reciben alumnos de la UNLaM en Centros de Salud.</p> <p>Con Preguntas cerradas - Dicotómicas – politómicas Abiertas de múltiple elección</p>

	Años de servicio en la Institución de Salud en donde recibe a los alumnos	1 a 5 años 6 a 10 años 11 a 15 años Más de 15 años	Expresado en años	
	Días semanales de su régimen laboral en la Institución de Salud	1 día 1-3 días 3-5 días más de 5 días	Expresado en días	
	Dentro de la Institución de salud ¿en dónde realiza sus tareas asistenciales?	Consultorio/Gabinete Internación No realiza funciones asistenciales		
	Cantidad de pacientes atendidos diariamente	1 a 10 pacientes 10 a 20 pacientes más de 20 pacientes	Expresado en número de pacientes	
	Tiempo exclusivo para la docencia	Si No		

Plan de análisis

El análisis de datos se utilizaron medidas estadísticas descriptivas.

Análisis de las entrevistas:

Para el análisis de las entrevistas se utilizó el software ATLAS.ti web (versión 4.3.2-2022-10-27). Las entrevistas fueron grabadas en dispositivo electrónico y desgrabadas digitalmente. Para el análisis se identificaron diferentes códigos: Historia Clínica (Cod.1), Pase de sala (Cod.2), atención de pacientes (Cod.3), participación de los alumnos en la atención (Cod.4) y portafolios (Cod.5).

Capítulo 5. Análisis del Plan de Estudios

5.1 Breve reseña de la Universidad y de la carrera de Kinesiología

La Universidad Nacional de La Matanza, fue creada por Ley 23.748, en 1989, pretende responder a las necesidades específicas de la zona. Como expresa su Estatuto debe adquirir la forma de:

-un proyecto educativo-cultural de punta, inspirado básicamente en la realidad local, regional y nacional; y comprometido con ella.

-una propuesta para el desarrollo del medio.

-una iniciativa abierta incorporada a la comunidad, protagonista activa de su progreso

La universidad cuenta con un predio de 40 hectáreas en la Ciudad de San Justo, terreno de la ex - Empresa Autolatina, aplicada a la producción automotriz. Los galpones de la fábrica fueron reciclados, en distintas etapas, para ser destinados a aulas, administración, secretarías, salas de computación, gimnasio, radio, auditorios, fotocopiadora, enfermería, sala de teatro, laboratorios para las Ciencias de la Salud, de idiomas, de electrónica y de física; además de los Departamentos que la conforman y la Escuela de Formación Continua (de Complementación Curricular, según Ley Educación Superior 25.491).

La Biblioteca se encuentra equipada con una sala parlante para 384 alumnos, una sala de lectura silenciosa, una sala virtual con unidades informáticas, equipadas con multimedia e Internet y una biblioteca sonora con un sector de laboratorio y dos cabinas para personas con

capacidades disminuidas, única en América Latina. El Departamento de Posgrado cuenta con una sede en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La universidad promueve la participación de todos los miembros, es así como en la Asamblea General Universitaria y en el Consejo Superior están representados los profesores, alumnos, graduados, personal docente y no docente.

El Rectorado, a cargo del Prof. Lic. Daniel E. Martínez, y el Vicerrector interino a cargo del Dr. Fernando Luján Acosta; es asistido por nueve Secretarías, cada una de las cuales atiende los asuntos que son de su incumbencia y elabora los proyectos institucionales, junto al Rector- que lleva a consideración del Consejo Superior.

Ubicada en el conurbano bonaerense, bajo el lema: "El camino a la excelencia" orientada a servir a su comunidad, realiza los esfuerzos posibles para acercarse a esos postulados. Bajo la tutela de quienes la dirigen y de sus graduados, entre otros, sustentan proyectos que contemplan la diversidad, la viabilidad y la equidistribución de oportunidades educativas.

La UNLaM tuvo una importante evolución de la matrícula, desde 1200 a 13.000 alumnos en el primer sexenio, y llegando a duplicar el valor. Hoy cuenta con 40.000 alumnos, y con más de 8500 graduados, con un índice de graduación superior a la media de las universidades nacionales, con cuarenta carreras de grado y posgrado (Maestrías y Doctorados).

Dentro del Departamento de Salud se dictan las carreras de Medicina, Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría, Licenciatura en Nutrición y Licenciatura en Enfermería.

5.2 La carrera de Kinesiología y Fisiatría en UNLaM, análisis de su Plan de Estudio

A la carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría de la UNLaM ingresan alrededor de 300 alumnos por año. La población estudiantil actual es cerca de 1700 alumnos. La cantidad de docentes es de 170 de los cuales el 100% es rentado. Del total de docentes: 23 (13,52%) posee dedicación exclusiva, 22 (12,94%) posee dedicación completa, 41 (24,11%) semiexclusiva, 60 (35,24%) dedicación parcial y 24 (14,11%) dedicación simple (Datos suministrados por la Coordinación de la carrera, junio 2022).

La carrera se dicta en la Universidad de La Matanza (UNLaM) desde el año 2012. Tiene como misión, priorizar el aprendizaje y formar profesionales con sólidos conocimientos en las ciencias del movimiento, que en su práctica profesional el abordaje a la persona sea integral, considerándola un ser bio-socio-cultural, desde la transdisciplina. Que sean competentes a nivel científico y tecnológico en la comprensión, manejo e investigación del movimiento corporal como elemento esencial de la salud y bienestar del hombre. Que se desarrollen dentro de un marco bioético y humanitario con capacidad de autocrítica y continua actualización de los conocimientos. Que puedan determinar las necesidades sanitarias y sociales de la población proponer resoluciones de las situaciones problemáticas a partir de sus incumbencias. En la visión se pretende una carrera de referencia nacional e internacional, con excelencia académica e investigativa que formará kinesiólogos líderes comprometidos socialmente, con el fin de asumir la responsabilidad y liderazgo que le corresponde de acuerdo con su nivel de competencia profesional, por su excelencia académica, por la calidad, la versatilidad y los servicios que aporta para el desarrollo y bienestar de la comunidad.

Los egresados Serán profesionales capaces de (Perfil del Egresado):

- Intervenir idóneamente en el proceso salud-enfermedad- atención- discapacidad desde el campo teórico/práctico de la Atención Primaria de la Salud reconociendo a la Salud como un derecho y su tarea como un servicio en el camino para la construcción de la ciudadanía.

- Desde sus incumbencias específicas, fomentar la salud, tratar las dificultades, reeducar y rehabilitar con capacidad de vincular el aprendizaje con la realidad.

- Capaces de hacer relevamiento de situaciones problemáticas en salud sobre campo desde la epidemiología y puedan comprender mejor el impacto de los asuntos globales en sus comunidades.

- Orientados a resolver problemas.

- Capaces de priorizar los grupos vulnerables de la sociedad.

- Capaces de participar en proyectos de atención en salud. De planificar y programar.

- Que su accionar en las Ciencias de la Salud esté sustentado en los conceptos de Inter. y transdisciplina.

- Orientados a promover sus áreas de competencias en gestión

- Serán creadores de respuestas y soluciones.

- Serán capaces de un aprendizaje autónomo y de desempeñarse en tareas docentes e investigación.

En lo actitudinal (Saber ser) Sabrán comprender al ser humano integralmente, articulando sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales reconociendo a la vida y la dignidad

del hombre como valores supremos. Trabajarán con responsabilidad, sensibilidad y amor al prójimo.

En lo conceptual (Saber) Serán capaces de demostrar conocimiento y comprensión en los cambios fisiológicos, estructurales, funcionales y de conducta que se pueden producir como consecuencia de la aplicación de los métodos y técnicas kinésicas. Compartirán sus competencias con el Equipo de salud y sabrán educar a la comunidad.

En lo procedimental (saber hacer) Podrán aplicar los medios físicos, ejercicios, técnicas y métodos que hacen a la prevención, curación y rehabilitación. Podrán educar en salud a la comunidad, lo que harán con idoneidad, con eficiencia, eficacia y equidad garantizando la máxima calidad en su participación.

La estructura curricular tiene un Eje que será “La salud integral de la persona”, la principal modalidad de atención: “La Atención Primaria de la Salud” y la estrategia la “Atención Comunitaria”. Abordara con excelencia sus contenidos específicos contemplando los Ejes establecidos por el Ministerio de Educación:

- a) Fundamentos científicos de la atención al paciente.
- b) Proceso salud- enfermedad- atención- discapacidad en las distintas etapas del ciclo vital.
- c) Kinesiología- Hombre y Sociedad
- d) Saberes propios de la Kinesiología

Su Plan de Estudios está organizado en 2 ciclos interrelacionados entre sí que amalgaman los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, humanísticos, tecnológicos y metodológicos generales y específicos de la Carrera.

Horas	Ciclo Básico “Conocer y hacer en la enfermedad”	Ciclo Clínico “Conocer y hacer en la enfermedad”
1328	Primer año	
	Segundo año	
2528		Tercer año
		Cuarto año
		Quinto año

Duración estimada: 5 años

Carga Horaria Curricular: Total de 4.240 hs

En los dos primeros cuatrimestres (1º año) las asignaturas son nueve. tres anuales y seis cuatrimestrales: Anatomía descriptiva y topográfica I, Bioquímica, Cito- histología, Educación para la Salud, Introducción al pensamiento Científico, Biofísica, Psicosociales, Embriología y Desarrollo, e Historia de la Kinesiología. (448 hs Teóricas y 208 hs Prácticas: Total 656 hs)

En los dos segundos cuatrimestres (2º año) las asignaturas son diez, nueve cuatrimestrales y una anual: Fisiología, Anatomía Descriptiva y Topográfica II Biomecánica y Análisis del Movimiento, Psicología social e Institucional, Epidemiología, Técnicas y Evaluaciones Kinésicas I, Atención Primaria de la Salud, Kinefilaxia, Administración Organización y Gestión de Servicios de Salud y Diagnóstico por Imágenes. (304 hs Teóricas, 368 hs Prácticas, Total 672 hs)

El ciclo clínico “Conocer y hacer en la Enfermedad” Total 2.528 hs

Se dicta en 6 cuatrimestres de 16 semanas cada uno (96 semanas) y su objetivo es que el alumno sea capaz de prevenir, diagnosticar y formular esquemas de tratamiento y rehabilitación para las diversas patologías, focalizándose en las enfermedades prevalentes en las diferentes etapas de la vida. Para ello abordará: El estudio de las patologías clínicas y quirúrgicas y sus correspondientes fisiopatologías y exámenes complementarios; las Evaluaciones, Técnicas y

Métodos Kinéfiátricos Terapéuticos apropiadas en busca de calidad, eficiencia , eficacia y equidad en la atención de la persona.

En los dos primeros cuatrimestres (3° año) las asignaturas son nueve, una anual y ocho cuatrimestrales. Estudiarán y harán aplicación práctica aúlica, domiciliaria y Hospitalaria de las siguientes asignaturas: Técnicas y Evaluaciones Kinésicas II, Kinefisiatría Pediátrica, Kinefisiatría Cardiorrespiratoria, Kinefisiatría en Traumatología Ortopedia, Prótesis y Órtesis, Atención Comunitaria I, Psicomotricidad y Estimulación Temprana, Farmacología General, y Fisioperapia I (272 hs Teóricas, 512 hs Prácticas. Total 784 hs).

En los dos segundos cuatrimestres (4° año) las asignaturas son once, todas cuatrimestrales. Estudiarán y harán aplicación práctica aúlica y Hospitalaria de las siguientes materias: Técnicas y Evaluaciones Kinésicas III, Atención Comunitaria II. Metodología de la Investigación, Historia Argentina y Latinoamericana de las Ciencias de la Salud, Deontología, Intensivismo, Fisioterapia II, Kinefisiatría Gerontológica, Kinefisiatría Estética, Kinefisiatría Neurológica y Bioética y ética profesional. (336 hs Teóricas, 432 hs Prácticas. Total 768 hs)

En los dos segundos cuatrimestres (5° año) las asignaturas son siete, todas cuatrimestrales. En el 1° cuatrimestre estudiarán y harán aplicación práctica aúlica y Hospitalaria de las siguientes materias: Kinefisiatría Deportiva, Kinesiología Legal y Auditoría, Rehabilitación computacional, Kinesiología Ocupacional y Laboral, Ergonomía, Kinesiología en Cuidados Paliativos. En el 2° cuatrimestre se cursará la asignatura Seminario de Integración y Práctica Profesional. (160 hs. Teóricas ,816 hs. Prácticas. (Total 976 hs.)

Completan el Plan de estudios las Materias Transversales a todas las Carreras: Total 384 hs. Corresponden a la adquisición de los contenidos correspondientes a los distintos niveles de aprendizaje de Computación y del idioma Inglés.

Al analizar el Plan de Estudios vemos que la carrera tiene gran cantidad de horas prácticas y dentro de ellas muchas se realizan fuera de la universidad es decir en Hospital y demás Instituciones de la Salud en convenio con la Universidad.

5.3 Análisis de los programas de las materias que los alumnos tienen trabajo de campo.

Se analizaron los programas de cinco materias del Ciclo Clínico de la carrera (ver capítulo 5. Metodología) teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Ubicación en plan de estudios de la carrera.
- Objetivos de la asignatura relacionados a las rotaciones Hospitalarias.
- Presencia explícita de competencias relacionadas al trabajo de campo.
- Método de enseñanza.
- Método de evaluación del alumno en el trabajo de campo.

Las materias analizadas corresponden todas al Ciclo Clínico de la carrera, se escogieron tres materias de tercer año; *Kinefisiatría Pediátrica y Neonatal*, *Kinefisiatría Traumatológica y Ortopédica* y *Kinefisiatría Cardiorrespiratoria*. Una de cuarto año; *Intensivismo* y una de quinto año; *Seminario de Integración y Práctica Profesional*. Todas las materias poseen mayor carga horaria en los centros de salud que en la Universidad.

Kinefisiatría Pediátrica y Neonatal

Ubicación en el plan de estudios: Tercer año, duración de 16 semanas de cátedra, carga horaria semanal de 6 hs (4 hs de prácticas hospitalarias y 2 hs de teóricos). En el programa aclara que las horas prácticas se harán efectivas en centros de salud.

Objetivos: El programa tiene dos objetivos, el siguiente; *Integrar conocimientos, habilidades y sus aptitudes haciendo uso de diversas estrategias de tratamiento de patologías pediátricas y neonatales*, podría ser aplicado en las prácticas hospitalarias.

Competencias: Algunas de las competencias que pueden ser adquiridas en las rotaciones hospitalarias podrían derivar de las siguientes: *Se comunica eficazmente con el niño y su familia. Ejerce función de educador; Adquiere competencias de trabajo en equipo en la Interdisciplina; Adquiere conceptos sobre evaluación y tratamiento kinésico; comprende los conceptos básicos sobre etiopatogenia, exámenes complementarios, cuadro clínico, evolución y pronóstico.....prevalentes en la niñez.*

Metodología Educativa: *Será orientada hacia un aprendizaje eficaz y significativo. La principal metodología que se utilizará será el aprendizaje basado en problemas.....técnicas de análisis, resolución de casos, análisis de texto, discusión y técnicas de desarrollo de habilidades tales con empatía, fortalecimiento de la comunicación entre otros, simulación de baja fidelidad, dramatización.*

Evaluación: Dos parciales y un recuperatorio. Tiene un punto llamado *Formativas o de procesos* que menciona el uso de la estrategia portafolios para ser utilizado para evaluar el proceso de reflexión que realizará el alumno tanto en la teoría como en el campo. Menciona que se requiere una asistencia a clases teóricas y prácticas no menor al 75%. Hace referencia a una

encuesta anónima sobre la cursada en donde figura la opinión sobre los docentes y su experiencia en el campo de prácticas clínicas. No menciona lista de cotejos y/o rúbricas para las prácticas.

Kinefisiatría Cardiorrespiratoria:

Ubicación en el plan de estudios: Tercer año, duración de 16 semanas de cátedra, carga horaria semanal de 6 hs (4 hs de prácticas hospitalarias y 2 hs de teóricos).

Objetivos: Tiene dos, el siguiente podría relacionarse con las rotaciones hospitalarias; *Identificarlos principales signos y síntomas e interpretar los exámenes complementarios en las distintas patologías cardiorrespiratorias.*

Competencias: Algunas de las competencias que pueden ser adquiridas en las rotaciones hospitalarias podrían derivar de las siguientes: *Conocer e identificar los diferentes signos y síntomas del paciente respiratorio; Realizar una Historia Kinésica valiéndose de la anamnesis, exploración física y de una correcta interpretación de los estudios complementarios; Interpreta críticamente los gases en sangre y expone interdisciplinariamente el “si” o el “no” de la terapéutica kinésica; Implementa estrategias kinésicas de evaluación e interpretación adecuada en la atención kinésica del paciente cardíaco: preventivas, curativas y rehabilitadoras.*

Metodología Educativa: Menciona ser orientada hacia un aprendizaje significativo. El método será el socioconstructivo fomentando la actitud reflexiva, crítica y autogestionante, con el propósito de promover el compromiso del estudiante en el diseño, la ejecución y la evaluación de la tarea y así favorecer la maduración personal de los estudiantes, así como también la autoafirmación y la posibilidad de aplicar los conocimientos.

Evaluación: Dos parciales y un recuperatorio. No menciona la aprobación de la rotación hospitalaria, no posee bitácora o lista de cotejos para las prácticas.

Kinesiatría Traumatológica y Ortopédica:

Ubicación en el plan de estudios: Tercer año, duración de 16 semanas de cátedra, carga horaria semanal de 6 hs (4 hs de prácticas hospitalarias y 2 hs de teóricos).

Objetivos: Tiene ocho, uno solo podría ser traspolado al alumno en las rotaciones hospitalarias: *Utiliza metodología científica y fomenta una actitud crítica que apoye la autoenseñanza y el desarrollo integral del futuro Kinesiólogo.*

Competencias: Tiene 3 unidades didácticas que comparten las mismas competencias a adquirir, sin hacer una distinción específica a las competencias adquiridas en las rotaciones hospitalarias.

Metodología Educativa: Menciona el aprendizaje basado en problemas como método de enseñanza para el desarrollo de las clases.

Evaluación: Dos parciales y un recuperatorio. No menciona la aprobación de la rotación hospitalaria, no posee bitácora o lista de cotejos para las prácticas. Solo menciona con respecto a la evaluación formativa la realización de trabajos prácticos con breves informes sobre visitas de campo.

Intensivismo:

Ubicación en el plan de estudios: Cuarto año, duración de 16 semanas de cátedra, carga horaria semanal de 5 hs (4 hs de prácticas hospitalarias y 1 hora de teóricos).

Objetivos: Tiene dos, *Investigar y conocer los conceptos básicos de la intervención kinefisiátrica de los pacientes dentro de las unidades de terapia intensiva*, podría relacionarse con el alumno en la rotación hospitalaria.

Competencias: Tiene cinco unidades didácticas. Las siguientes competencias podrían adquirirse en la rotación hospitalaria; *Incorpora conceptos sobre evaluación e intervención en el control de la vía aérea artificial; Interpreta los estudios complementarios y los registros de monitoreo de pacientes en unidades de cuidados críticos...fundamentales para la aplicación de la terapéutica kinésica; Reconoce signos y síntomas de las patologías prevalentes en las unidades de cuidados intensivos.*

Metodología Educativa: Menciona ser orientada hacia un aprendizaje significativo. El método será el socioconstructivo fomentando la actitud reflexiva, crítica y autogestionante, con el propósito de promover el compromiso del estudiante en el diseño, la ejecución y la evaluación de la tarea y así favorecer la maduración personal de los estudiantes, así como también la autoafirmación y la posibilidad de aplicar los conocimientos.

Evaluación: Dos parciales y un recuperatorio. No menciona la aprobación de la rotación hospitalaria, no posee bitácora o lista de cotejos para las prácticas.

Seminario de Integración y Práctica Profesional:

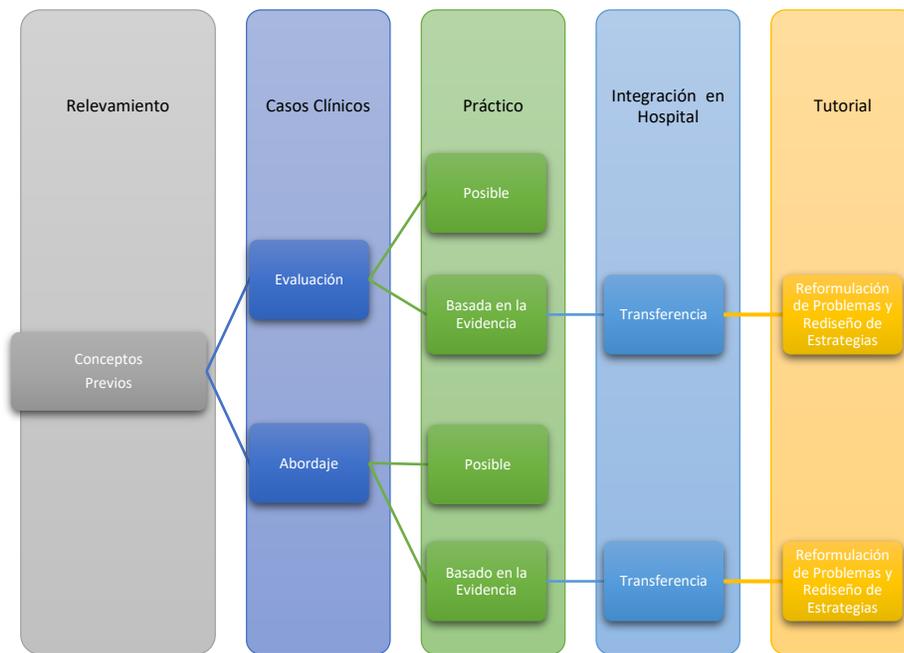
Ubicación en el plan de estudios: Quinto año, duración de 16 semanas de cátedra, carga horaria semanal de 16 hs (12 hs de prácticas hospitalarias y 4 hora de teóricos).

Objetivos: Tiene 6 objetivos, por ejemplo; *Relevar aspectos sobresalientes de la anamnesis para clasificar y subclasificar; Tomar decisiones adecuadas para decidir sobre el*

abordaje o derivación hacia otros profesionales de la salud con el objetivo de mejorar y o mantener la condición clínica de un paciente. Ninguno hace mención directa al alumno en las prácticas hospitalarias.

Competencias: Tiene 3 unidades didácticas. La siguiente competencia; *Capacidad de interpretar y transferir los conceptos teóricos a la práctica*, se relaciona con el alumno en las rotaciones hospitalarias.

Metodología Educativa: Se basa en el aprendizaje basado en problemas. En el esquema de la materia figura la integración en el Hospital.



Evaluación: Tres parciales y un recuperatorio. No menciona la aprobación de la rotación hospitalaria, no posee bitácora o lista de cotejos para las prácticas.

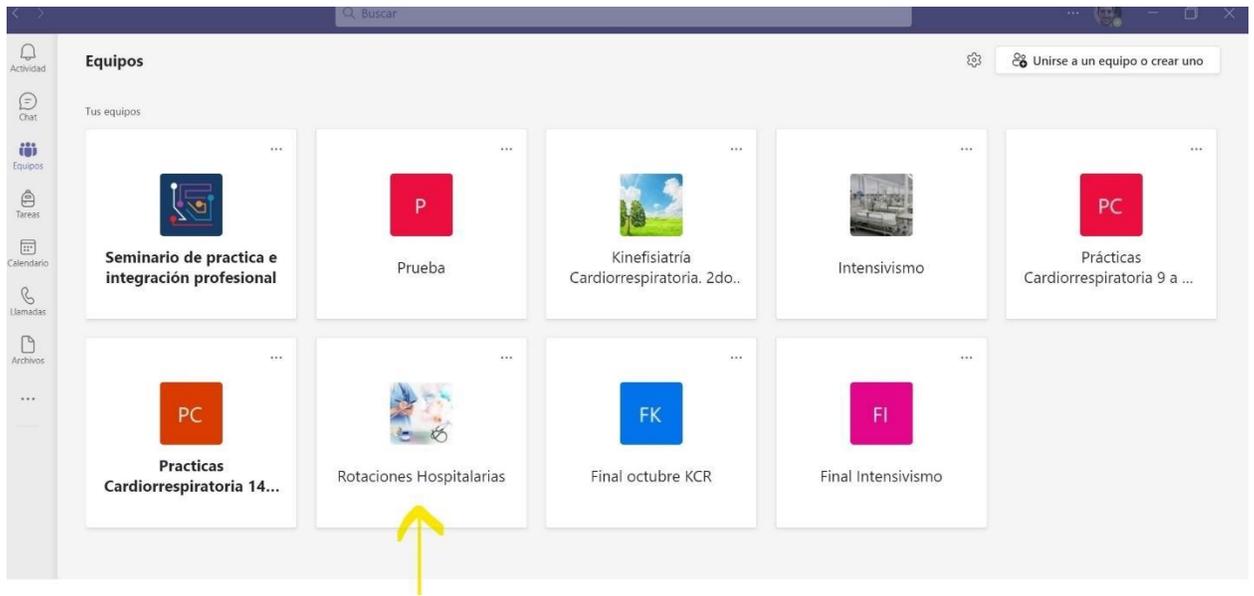
Capítulo 6. Portafolios Digital implementado

Los estudiantes al comenzar las clases teóricas de las diferentes materias con rotaciones hospitalarias fueron informados sobre la obligatoriedad de la realización del Portafolios de evidencias. Las instrucciones para el desarrollo de este fueron las siguientes; en una primera fase deberían ir recolectando evidencias, casos particulares, laboratorios, exámenes complementarios, artículos científicos sugeridos por los docentes en el campo, etc. En la segunda fase seleccionarán las evidencias a incorporar y reflexionarán sobre lo visto y vivido; la tercera y última fase será la de confección del Portafolios. Se optó por un formato de libre elección por parte del estudiante, dejando que documenten aquellas situaciones que ellos mismos decidieron seguir investigando o reflexionando. Luego de finalizado deberían subirlo en formato digital.

La Universidad (UNLaM) puso a disposición de los alumnos y docentes la plataforma Teams de Microsoft como medio tecnológico para la realización de las clases virtuales seguras durante la pandemia producida por el Covid-2019.

Dentro de Teams es posible crear grupos, reunirse virtualmente, subir archivos, tareas, mensajería, chats, etc.

Todos los alumnos de las materias en donde se implementó la confección del portafolios de evidencias fueron agregados al grupo “Rotaciones Hospitalarias” (captura de pantalla 1).



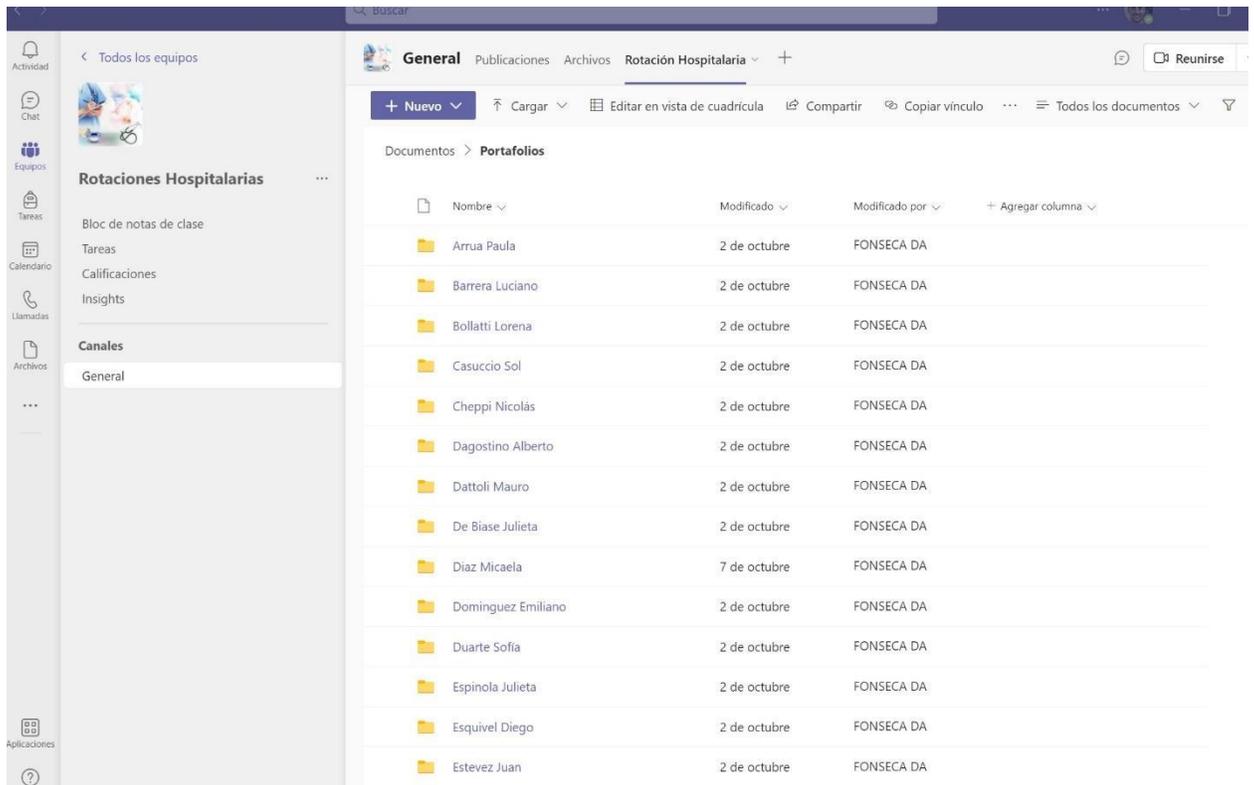
Captura de pantalla 1.

Dentro del grupo “Rotaciones Hospitalarias” se creó una carpeta denominada “Portafolios” (Captura de pantalla 2).



Captura de Pantalla 2.

Una vez que el alumno ingresa a la carpeta “Portafolios” encuentra una carpeta con su nombre cuyo ingreso es autorizado solo a su propietario y a los docentes tutores (Captura de pantalla 3).



Captura de pantalla 3.

El alumno dentro de su carpeta podrá ir cargando sus anotaciones, artículos y búsquedas, fotografías, estudios complementarios, etc, relacionados a lo visto durante las prácticas hospitalarias para luego confeccionar su portafolios de evidencias y ser entregado al docente a cargo.

6.1 Diseño del Portafolios de evidencias.

Características	Centrado en el estudiante, en su actividad, en su observación y reflexión. Presentación en formato electrónico a través de la plataforma Teams.
Propósito	Fomentar la reflexión y pensamiento del estudiante. Aprendizaje significativo. La integración teórico-práctica.
Contenido	Evidencias o muestras de aprendizaje individuales: reflexiones, síntesis, incidentes críticos, artículos, fotos.
Evaluación	Obligatoriedad para la regularidad de la asignatura.

6.2 Evaluación de las Prácticas Hospitalarias.

El instrumento de evaluación para las prácticas Hospitalarias fue una rúbrica diseñada para tal fin. Los docentes de campo a lo largo de la rotación completan según desempeño de los estudiantes.

Dicha Rúbrica comprende cuatro dimensiones: Conductas, Comunicación, Aprendizaje Reflexivo y Aspectos Técnicos. El estudiante para aprobar la rotación debe superar el 60% de cada una de las dimensiones evaluadas. Una vez recibido el informe de las rotaciones el Docente responsable de la materia lo suma a las evaluaciones formales de la asignatura para poder conseguir la regularidad de la misma (ver tabla a continuación)

Criterios de evaluación	2	4	7	10	resultado
Conductas					
1. Trabajo en equipo	Trabaja en forma aislada, no participa en forma colaborativa	Trabaja en forma aislada y comparte algunas tareas grupales	Trabaja en forma colaborativa pero no muestra interés en ayudar al resto del equipo	Trabaja en equipo, demuestra interés activo por ayudar al resto del equipo	
2. Puntualidad	Impuntual: la mayoría de los días no cumple con el horario	Cumple con la puntualidad al menos la mitad de los días	Cumple con la puntualidad la mayoría de los días.	Puntual, excepcionalmente no cumple con los horarios establecidos.	
3. Presencia	No cumple con los requisitos	Cumple con los requisitos en < 50% de la rotación	Cumple con los requisitos en >50% de la rotación	Cumple con los requisitos en el 100% de la rotación	
Puntaje Conductas					
Comunicación					
1. Paciente	Se dirige en forma irrespetuosa	No se presenta y/o no saluda	Se presenta y saluda pero no entabla dialogo	Se presenta, saluda, conversa en forma amable.	
2. Instructor	Se dirige en forma irrespetuosa	No se presenta y/o no saluda	Se presenta y saluda pero no entabla dialogo	Se presenta, saluda, conversa en forma amable.	
3. Compañeros	Se dirige en forma irrespetuosa	No se presenta y/o no saluda	Se presenta y saluda pero no entabla dialogo	Se presenta, saluda, conversa en forma amable.	
Puntaje Comunicación					
Aprendizaje reflexivo					

1. Identifica sus déficits	Niega sus déficits	Identifica sus déficits pero necesita asistencia elevada para lograrlo	Identifica sus déficits necesita asistencia mínima para lograrlo	Identifica sus déficits necesita asistencia mínima. Actitud proactiva.	
2. Propone soluciones	No realiza propuestas	Propone al menos una posible solución	Propone más de una solución a cada déficit identificado	Propone más de una solución a cada déficit y planifica acciones de mejora	
Puntaje Aprendizaje reflexivo					
Aspectos técnicos					
1. Tratamiento	No puede seleccionar herramientas terapéuticas adecuadas	Selecciona herramientas terapéuticas adecuadas pero la aplicación es insuficiente	Selecciona herramientas terapéuticas adecuadas con aplicación suficiente	Selecciona, aplica y combina herramientas terapéuticas adecuadamente	
2. Registro escrito	Incomprensible o incoherente, carece de utilidad clínica	Redacción comprensible pero incompleta, la utilidad clínica está limitada	Redacción incompleta, comprensible pero no afecta a la utilidad clínica	Redacción completa y coherente. La utilidad clínica no se ve afectada.	
Puntaje Aspectos técnicos					
PUNTAJE TOTAL					

Capítulo 7. Resultados de la Investigación

Fueron encuestados 20 docentes de las materias con parte práctica en los Hospitales y centros de Salud en donde la Universidad tiene convenios establecidos, las preguntas fueron estructuradas con respuestas cerradas, abiertas y de elección múltiple (ver encuesta en Apéndice). También fueron entrevistados los referentes (siete) de cada Institución con la intención de complementar la información de las encuestas (ver fichas de entrevistas en Apéndice).

Los resultados obtenidos buscaron dar mayor conocimiento con respecto a las particularidades del proceso de enseñanza en ese ámbito.

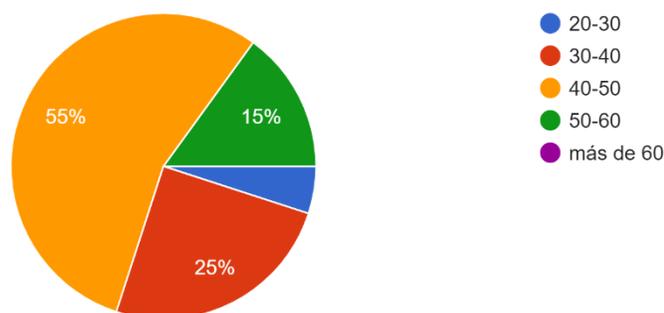
La encuesta fue encabezada de la siguiente manera:

Encuesta a Docentes en el ámbito Hospitalario

La siguiente encuesta forma parte de la Tesis a cargo del Lic. Fernando Da Fonseca cuyo objetivo es describir las particularidades del proceso de enseñanza en el ámbito hospitalario de los alumnos de kinesiología de la UNLaM y analizar el impacto de la implementación de una nueva herramienta metodológica de enseñanza como el Portafolios. Encuesta anónima a kinesiólogos/as que reciben alumnos/as de la UNLaM en su ámbito laboral hospitalario.

El 55% de los docentes tiene entre 40 y 50 años de edad, el 25 % entre 30 y 40 años de edad, el 15 % entre 50 y 60 años de edad y solo el 5 % es menor a 30 años. (gráfica 1)

Edad en años
20 respuestas



Gráfica 1. Edad en años de los docentes en los Hospitales y Centros de Salud.

Al analizar este resultado podemos inferir que los alumnos están mayormente con profesionales docentes que no están dando sus primeros pasos, es decir la Residencia de Kinesiología tiene como edad límite para la inscripción los 30 años de edad. Solo un 5 % de los docentes está en ese rango etario.

Con respecto al sexo de los docentes (Gráfico 2) se dio en el siguiente porcentaje, 55 % masculino y 45 % femenino.

Indique su sexo
20 respuestas

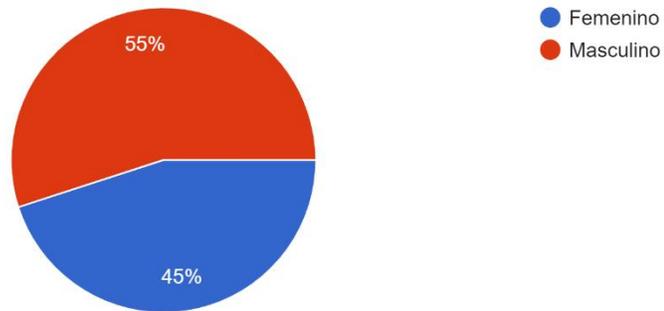
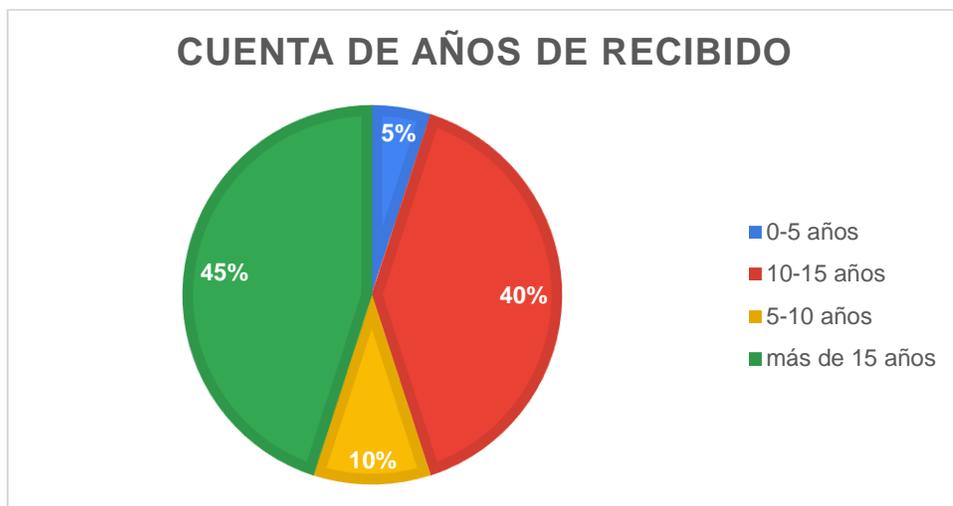


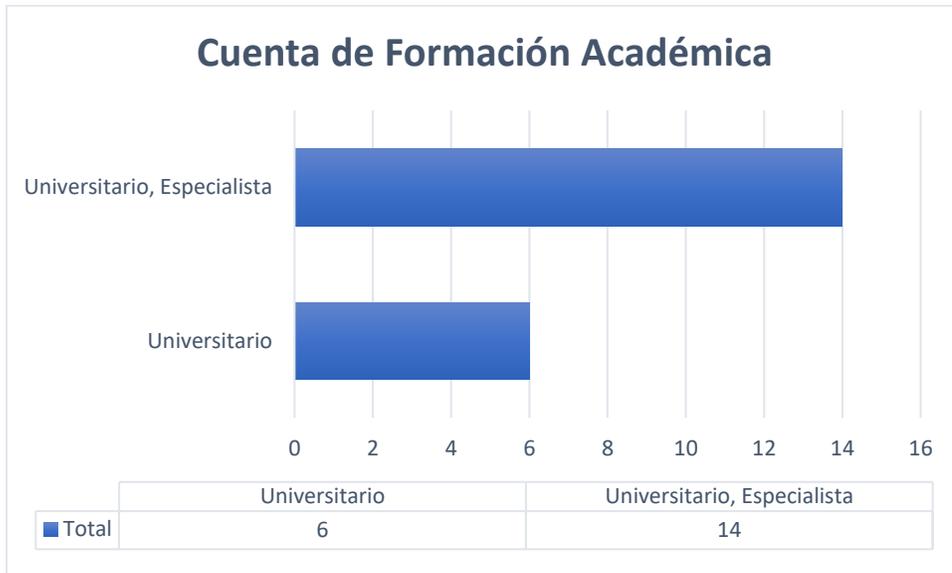
Gráfico 2. Sexo de los docentes.

La Gráfica 3 nos muestra los años de recibido de los docentes, podemos apreciar que más del 80 % de los mismos tiene por lo menos más de 10 años de recibido



Gráfica 3. Años de recibido de los docentes.

En cuanto a la formación académica de los docentes podemos observar que el 70 % (14 docentes) son Especialistas y el 30 % (6 docentes) solo tienen el título de grado. Ninguno de los docentes tiene Maestrías o Doctorados (Gráfica 4).

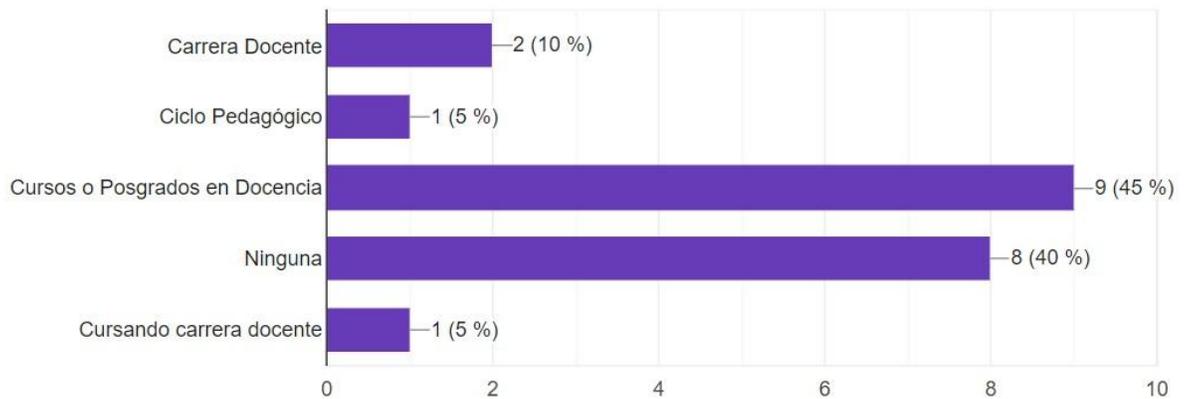


Gráfica 4. Formación Académica de los docentes.

De la encuesta también surgieron los siguientes resultados con respecto a la formación docente de los profesionales Kinesiólogos que reciben a los alumnos. El 45 % (9 docentes) tiene posgrados o cursos relacionados a la docencia universitaria, solo el 10 % (2 docentes) tienen la carrera docente y el 40 % (8 docentes) no tiene ninguna capacitación en docencia universitaria. (Gráfica 5. Formación Docente).

Formación Docente

20 respuestas

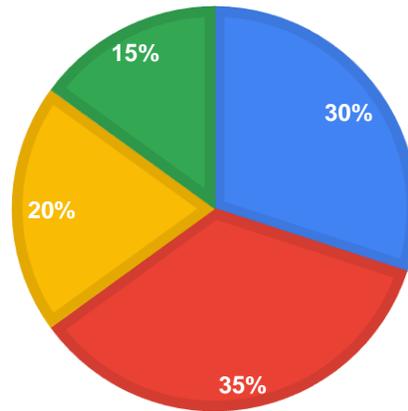


Gráfica 5. Formación Docente

En la Gráfica 6 se observa la antigüedad en el cargo de kinesiólogo/a en la institución donde recibe a los alumnos, del total de encuestados el 35% tiene entre 11 y 15 años de servicio, el 30% más de 15 años de servicio, el 20% entre 6 y 10 años de servicio y solo el 15% tiene menos de 5 años en el trabajo.

Estos resultados muestran que el 65% de los profesionales que reciben alumnos de la UNLaM tienen más de 10 años de antigüedad en el trabajo.

AÑOS DE SERVICIO EN LA INSTITUCIÓN DONDE RECIBE ALUMNOS

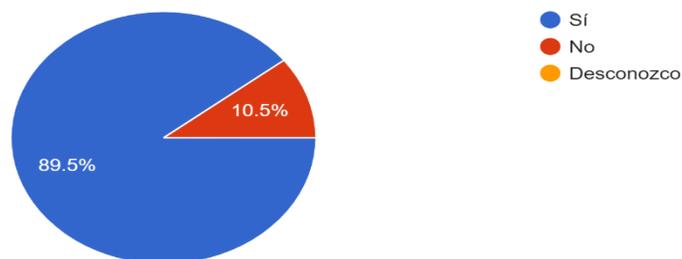


Gráfica 6. Años de servicio en la institución donde recibe alumnos.

En la siguiente gráfica podemos observar que casi la totalidad de los Hospitales o Centros de Salud por donde rotan los alumnos de Kinesiología de la UNLaM también reciben alumnos de otras Carreras de ciencias de la Salud.

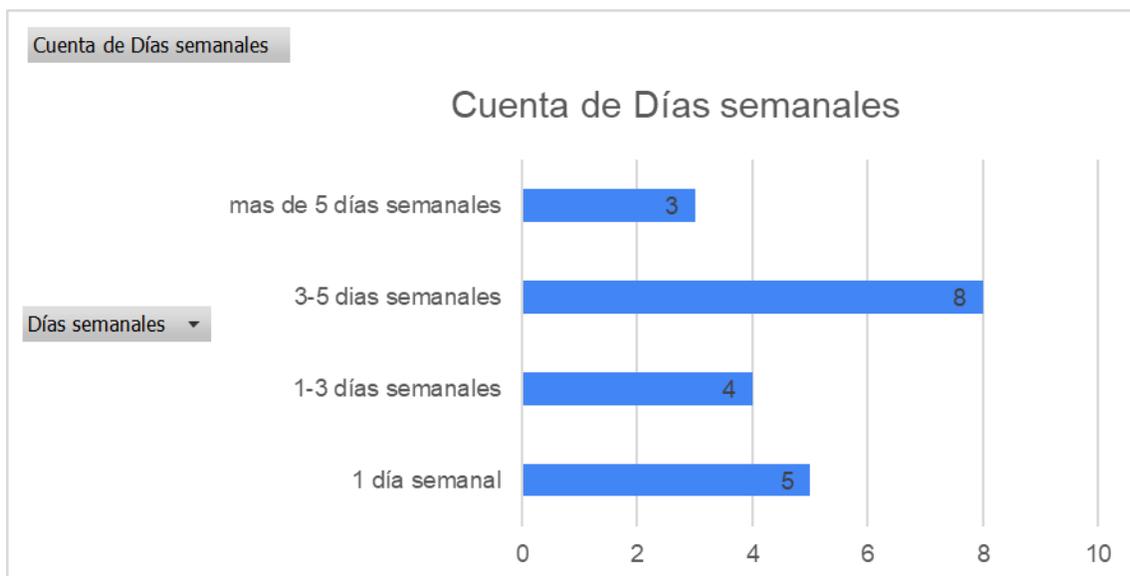
La Institución de salud en donde se desempeña (Hospital/Sanatorio/etc), ¿recibe alumnos de otras carreras de ciencias de la salud?

19 respuestas



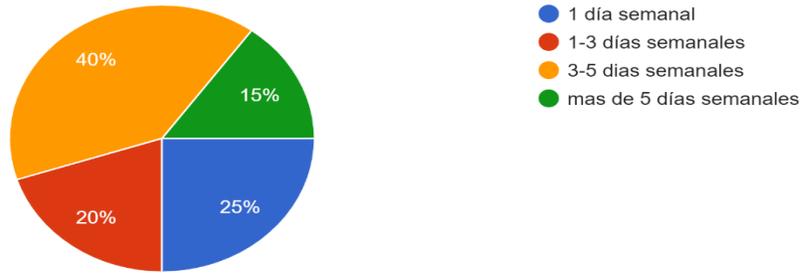
Gráfica 7. Porcentaje de Hospitales y Centros de Salud por donde rotan los alumnos de Kinesiología de la UNLaM que recibe alumnos de otras carreras de Ciencias de la Salud

Las gráficas 8 y 9 muestran la cantidad de días semanales que el docente asiste a la Institución Sanitaria, obsérvese que el 25 % solo va un día por semana, si sumamos los profesionales que van entre 1 y 3 días por semana (20 %) podemos inferir que más de la mitad de los docentes no tienen el seguimiento diario (por lo menos presencial) de los pacientes que luego atenderán junto a los alumnos.



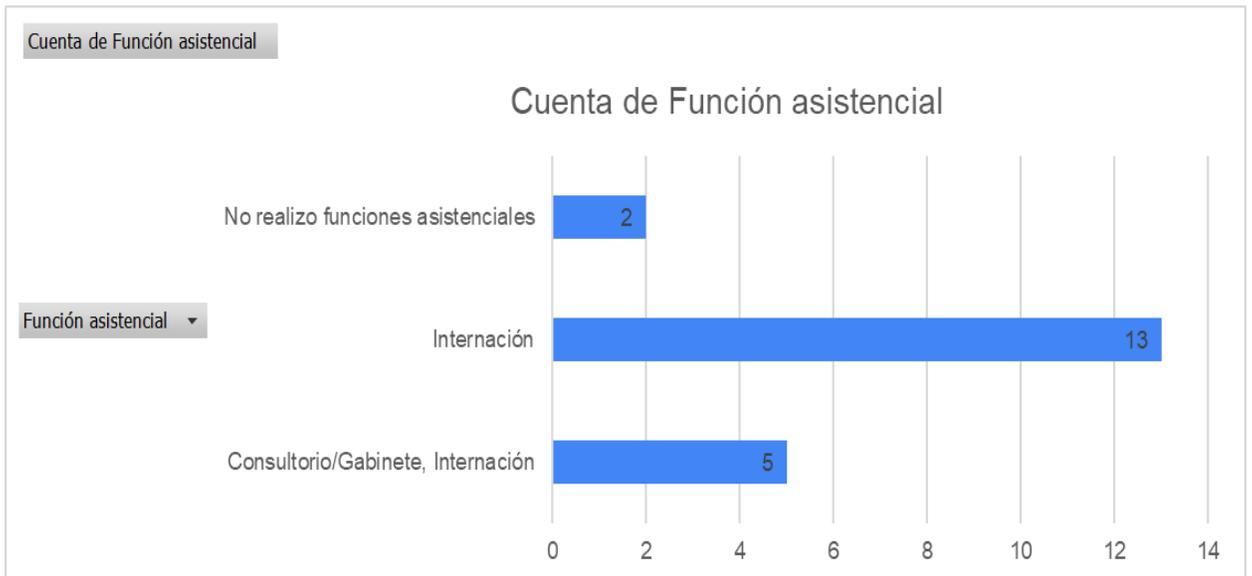
Gráfica 8. Días semanales del régimen laboral de los docentes en los centros de salud.

Indique de cuantos días semanales consta su régimen laboral en la Institución de Salud
20 respuestas



Gráfica 9. Días semanales del régimen laboral de los docentes en los centros de salud.

La Gráfica 10 muestra el lugar dentro del centro de Salud en donde realiza la función asistencial, el 65 % lo hace solo en internación, el 25 % en consultorio e internación y solo el 10 % no hace función asistencial (estudios complementarios).

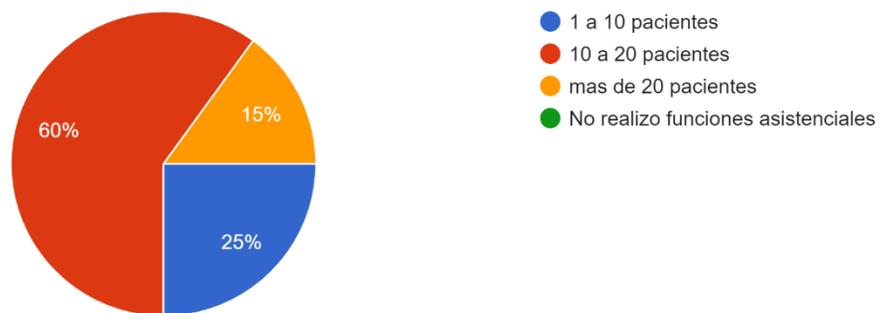


Gráfica 10. Lugar en donde realiza la función asistencial dentro del centro de Salud.

En la siguiente gráfica (11) se observa la cantidad de pacientes que el profesional kinesiólogo atiende a diario. El 60 % atiende entre 10 y 20 pacientes, el 25 % atiende menos de 10 pacientes y el 15 % atiende más de 20 pacientes a diario. Si estos resultados los cruzamos con los de la gráfica 12 (Tiempo exclusivo para la docencia en el centro de salud) podemos deducir que de acuerdo con la demanda asistencial que tenga el profesional docente será el tiempo que se pueda detener para la docencia con cada uno de ellos, es decir cuanto más pacientes tenga menos tiempo para detenerse con los alumnos

Si pudiera sacar un promedio de sus tareas asistenciales diarias, ¿Cuántos pacientes atiende a diario?

20 respuestas



Gráfica 11. Cantidad de pacientes atendidos diariamente.

En su jornada laboral ¿tiene asignado institucionalmente un tiempo exclusivo para la docencia?
20 respuestas



Gráfica 12. Tiempo exclusivo para la docencia.

Podemos esquematizar como es la atención kinésica del paciente internado comenzando por la interconsulta o derivación médica, en donde se informa sobre el nombre del paciente, donde está internado (habitación, sector, unidad, etc), su diagnóstico y el motivo por el que se solicita la atención kinesiológica por ejemplo y en forma general; asistencia kinesio respiratoria (AKR), asistencia kinesio motora (AKM), toma de muestra de secreciones respiratorias, etc. Seguido a esto se consulta la Historia Clínica del paciente, ya sea en formato digital o físico, en donde se puede conocer detalladamente todo lo relacionado a la afección del paciente (motivo de internación) y ver los estudios complementarios del mismo (Laboratorios, RX, Tomografías, Resonancias Magnéticas, Ecografías, etc). Una vez interiorizado el kinesiólogo sobre la evolución del paciente realiza su atención kinésica de acuerdo con lo que considera necesario y pertinente para cada paciente.

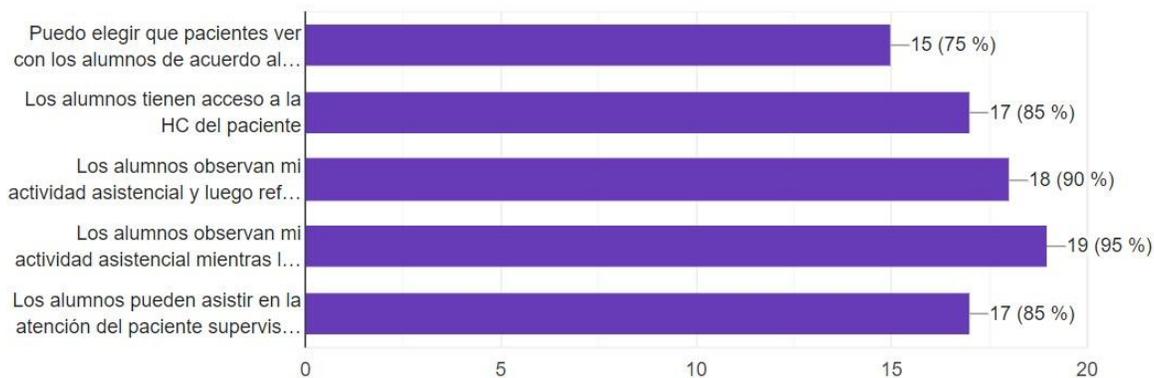
En el gráfico 13 podemos observar algunas opciones con respecto a un día laboral del kinesiólogo acompañado por alumnos. El 75% de los encuestados pueden elegir que pacientes ver con los alumnos de acuerdo con el programa de la materia por la cual están haciendo las prácticas. Cuando se les consultó si los alumnos tienen acceso a la Historia Clínica del paciente el 85% respondió que sí.

Las siguientes 3 preguntas intentaron esquematizar como era la modalidad de atención del paciente junto al alumno. El 90% de los profesionales escogió la opción siguiente: “Los alumnos observan mi actividad asistencial y luego reflexionamos juntos sin la presencia del paciente”.

La opción que dice “Los alumnos observan mi actividad asistencial mientras les voy comentando el porqué de cada una de mis intervenciones” fue escogida por el 95% de los docentes. Por último, el 85% escogió la opción “Los alumnos pueden asistir en la atención del paciente supervisados por usted”.

Marque aquellas opciones que forman parte de un día laboral acompañado de alumnos

20 respuestas



Gráfica 13. Opciones dentro de un día laboral acompañado de alumnos.

Las siguientes frases fueron contestadas por los kinesiólogos entrevistados de acuerdo con cómo es un día laboral acompañado por alumnos (ver Apéndice apartado Entrevistas).

“Al iniciar un día de trabajo con algunos de los alumnos que están rotando, bueno implica una planificación inicialmente de acuerdo al sector donde vamos a estar viendo los pacientes, si es ambulatorio o en área de internación qué bueno les comentamos qué tipo de patologías son las que habitualmente se ven, las características un poco de los pacientes que están internados y bueno puntualmente de los que vamos a ir a atender también, se lee la historia clínica los antecedentes que tiene ese paciente y si ya estaba haciendo tratamiento kinésico bueno en qué consiste y en base a eso también charlar un poco sobre bueno qué datos ellos conocen por ahí de la patología del paciente qué información tienen por ahí sobre cuestiones específicas de ese paciente como así también bueno un poco los fundamentos en relación al tratamiento kinésico que se va llevando a cabo qué después bueno dependiendo un poco si la atención es de un paciente adulto o un paciente pediátrico”. (Entrevistado FF, Cod.1).

“en el hospital tenemos una ficha kinésica es como una historia clínica donde está los datos personales está motivo de ingreso, cómo se llama, historia actual y eso es como un resumen de la de la historia clínica del paciente y después la otra parte de la ficha tiene diagramada una parte que es la evaluación respiratoria una evaluación motora y una evaluación deglutoria si es necesario y después se plantean hay que plantear objetivos y desarrollar el tratamiento” (Entrevistado EO, Cod.1).

“evaluamos los laboratorios de la computadora, los estudios complementarios como radiografías, tomografías etcétera; evaluamos el estado del paciente de ese día y ahí vamos a la habitación” (Entrevistado MG, Cod.1).

“participamos del pase de sala en el office médico, les cuento las novedades de la sala lo intento relacionar con los temas que veníamos viendo para organizarlos para entrar en la práctica. Buscamos los gases en sangre y las radiografías de los pacientes que veremos” (Entrevistado BB, Cod.2).

“Un día de trabajo con los alumnos arranca por la mañana temprano, se toma el pase se escucha toda la sala si el pase de todas las salas en terapia y bueno después va seleccionando según el profesional con el que va a la sala el el tipo de pacientes” (Entrevistado MV, Cod.2).

“esperamos a que lleguen ellos ingresan a la terapia participan del pase de guardias y escuchamos el pase de guardia, en ese momento se nos hace un resumen de los pacientes en general se da cuenta que patologías tienen” (Entrevistado MG, Cod.2).

“Luego presenciamos el pase médico, en el pase médico recolectamos las Funciones del día las cosas que nos puedan llegar a pedir a nivel de aspirados, virológicos si hay algún paciente en weaning para hacer o colocación o algún control de VNI y bueno todo lo que tenga que ver con por la parte respiratoria.” (Entrevistado SS, Cod.2).

...” los días en donde hay demasiados pacientes para ver es complicado estar con alumnos ya que no puedo dedicarles el tiempo necesario. Cuando tengo pocos pacientes para ver sí nos podemos dedicar más tiempo con los alumnos en la atención de los pacientes...” (Respuesta a pregunta número 13 de la encuesta).

...”es muy variable y depende del tipo de paciente que me toca atender, si es crítico o crónico, si está en ventilación mecánica, si está inestable hemodinamicamente, etc...”

(Respuesta a pregunta número 13 de la encuesta).

“Inicialmente cuando se planifica un poco todo lo que es la parte más de semiología comenzando un poco por la inspección y bueno distintos datos que uno necesita tener en cuenta en relación también a lo que van adquiriendo en su cursada y bueno como lo van viendo reflejado un poco con los pacientes, entonces bueno esa atención digamos con todos los datos de inspección, palpación y auscultación” ... “el estar con un alumno también hace que uno bueno esa atención que va a realizar habitualmente con el paciente bueno tenga que también que adaptarla en relación a que etapa de formación está ese alumno” (Entrevistado FF, Cod.3).

“Trato en la medida de lo posible de ir explicando el porqué de cada una de mis intervenciones, no se por ejemplo cuando tomo una muestra de esputo o tengo que hacer un mini bal, entonces les muestro el material y hablamos sobre la técnica correcta y estéril. Cuando finalizamos la recorrida nos quedamos hablando si por hí se engancharon con algo o no entendieron algo” (Entrevistado BB, Cod.3).

“me miraban trabajar y vamos charlando sobre algún tema, sobre la medicación o de la patología del paciente o lo que sea y más adelante intentaba que hagan un poco de semiología, inspección inicial y me cuenten qué era lo que habían visto y que no y si se les ocurría hacer algún tipo de de intervención y al final de la rotación con algunos logramos hacer un monitoreo o algo parecido a un monitoreo de acuerdo al estado general del paciente y qué era lo que podían ir viendo y fuimos corrigiendo sobre sobre eso respecto a la atención del paciente ” (Entrevistado IS, Cod.3).

“En general elegimos un paciente algún politraumatizado o algún paciente interesante neurológico o ventilados y elegimos cuál vamos a ver y bueno vamos viendo por la sala se muestra dónde están los insumos como las sondas de aspiración, los filtros humidificadores, tubos orotraqueales, cánulas de traqueotomía, etcétera.” (Entrevistado MV, Cod.3).

“Se les explica cómo controlamos la vía aérea artificial, si es necesario cambiar los filtros, la sujeción del tubo y hacemos hincapié en la importancia de la movilización de los pacientes contándoles cuales son las funciones nuestras acá en la internación.” (Entrevistado MV, Cod.3).

“Cuando llegamos a la habitación lo primero que hacemos es con luces prendidas evaluar los monitores, el estado del paciente, de qué forma está en ventilación mecánica, evaluamos el estado del sensorio y ahí comienza la parte de la semiología con el paciente.” ...”o revisamos entero vemos toda la parte respiratoria si toda intubado esta traqueotomía dado revisamos en general y vemos qué conducta es la que se debe tomar a partir de ahí evaluamos si el monitoreo ventilatorio que tiene es el adecuado a seguir modificar cosas y demás y después hacemos una pausa y empezamos a hablar un poco de lo que son los modos ventilatorios y lo que es específicamente ventilación mecánica pacientes intubados otra que estos mismos” (Entrevistado MG, Cod.3).

Una de las preguntas de las entrevistas indagaba sobre la participación del alumno en la atención de los pacientes.

..”en algunas situaciones donde el paciente está súper estable y en algunos procedimientos algunas técnicas que justamente no son digamos tan invasivas ni requieren digamos de una experticia muy importante la idea es que el alumno también tenga la experiencia de bueno, él

con la supervisión nuestra permanente llevar adelante un poco el plan de tratamiento y a veces enfrentarse a determinados algoritmos a determinadas formas de decirte matizar esa atención que cuando uno la ve le parece muy sencilla pero que a la hora de tener que realizarlas siempre si no cuenta con esa experiencia a veces resulta difícil y siempre hay alguna etapa, algún paso de la atención que por ahí el alumno olvida o no lo hizo con la precisión que requiere.”

(Entrevistado FF, Cod.4).

“me gusta el alumno asista sí obviamente excepto que sea una aspiración más o un procedimiento, pero también excepto aspiraciones otro que al que estuve un poquito más complicado pero si es un paciente autorizado obviamente les explico todo y que aspiren con con sonda no no tengo problema en eso y obviamente me ayudan a hacer hay que sentarlos. A mi me interesa que intervengan al menos es mi filosofía.” (Entrevistado EO, Cod.4).

“Si las condiciones están dadas es al revés, tiene que pasar algo para que no lo no tenga que asistir al paciente por algo muy puntual. Obviamente al principio me van ayudando por ejemplo a movilizar al paciente o a sentarlo al borde de la cama si fuera posible.” (Entrevistado BB, Cod.4).

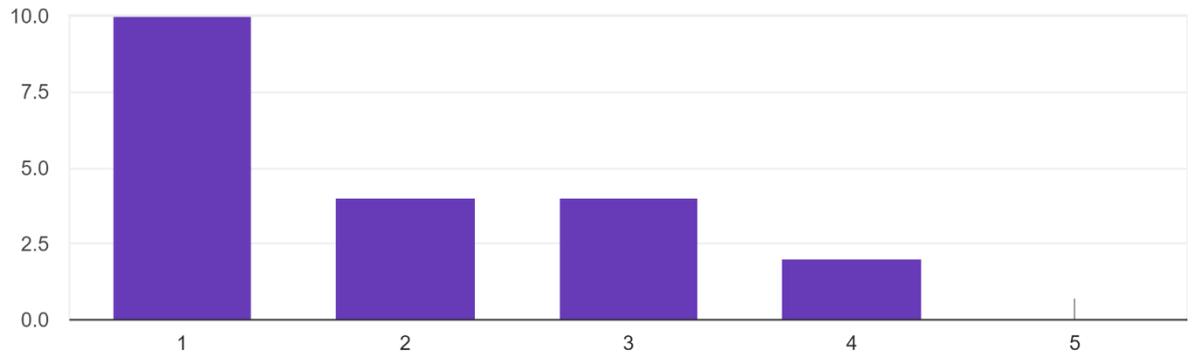
“Obviamente entran y revisan el paciente con nosotros en lo que hacemos es inspección vemos entero el paciente lo destapamos vemos si tiene lesiones si tiene acceso venoso si tiene cualquier tipo de vía”.. “si las condiciones de aislamiento en general o si lo permite en sí la terapia intensiva los jefes que infectología y los pacientes, pueden ingresar a verse pacientes ingresamos y lo revisamos a los pacientes, con todos los elementos de protección y demás pero sí siempre la idea es que ellos puedan revisar al paciente y aprender a partir de ahí de la experiencia en la atención al paciente.” (Entrevistado MG, Cod.4).

“Si las condiciones la aceptan y el alumno tiene la la capacidad como para poder ayudarme a hacer yo lo veo con con conciencia de lo que está haciendo estar en una terapia intensiva y a la vez sí totalmente yo los dejo que me asistan o por lo menos que tengan un primer contacto con el paciente” (Entrevistado SS, Cod.4).

La confección de la encuesta a los docentes en el ámbito hospitalario tuvo una sección especial sobre preguntas relacionadas a la herramienta metodológica propuesta: “El Portafolios”, los alumnos debieron confeccionar un portafolios de libre redacción relatando lo relacionado a lo visto en las prácticas hospitalarias; por ejemplo, patología del paciente, cuadro clínico, tratamiento recibido, maniobras especiales realizadas por el kinesiólogo docente, estudios complementarios, etc. Los alumnos luego de confeccionarlo debieron subirlo a un sitio determinado (Ver apéndice) en la plataforma Teams de Microsoft (proporcionado por la UNLaM para todos los alumnos).

La Gráfica 14 muestra las respuestas de los docentes al preguntarles si piensan que el Portafolios complementa positivamente lo visto por el alumno durante las prácticas. Las opciones iban desde “Piensan que complementa muy satisfactoriamente” (opción 1) hasta “Piensan que no complementan en lo más mínimo” (opción 5). El 50% respondió opción 1 mientras que opción 5 no fue elegida por ningún encuestado. El resto de las respuestas se repartieron de la siguiente manera: opción 2 20%, opción 3 20% y opción 4 10%.

Piensa que el Portafolios complementa positivamente lo visto por el alumno durante las prácticas
20 respuestas

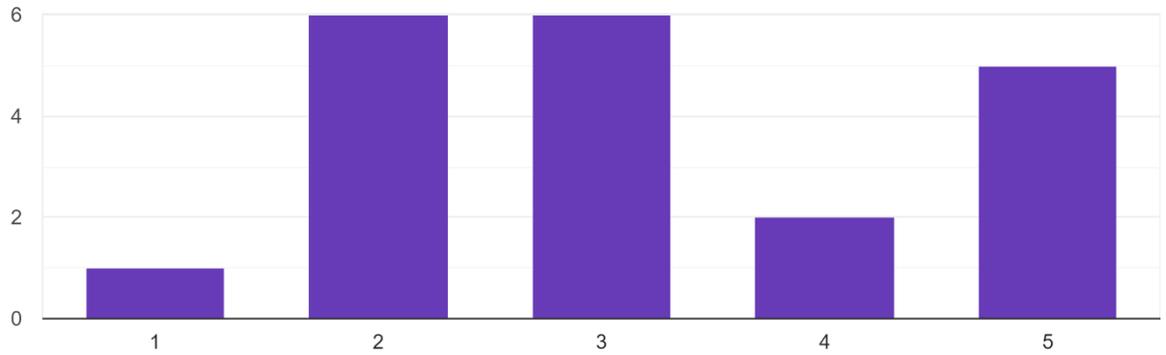


Gráfica 14. Pensamiento del docente sobre la complementación del portafolios con lo visto en las prácticas.

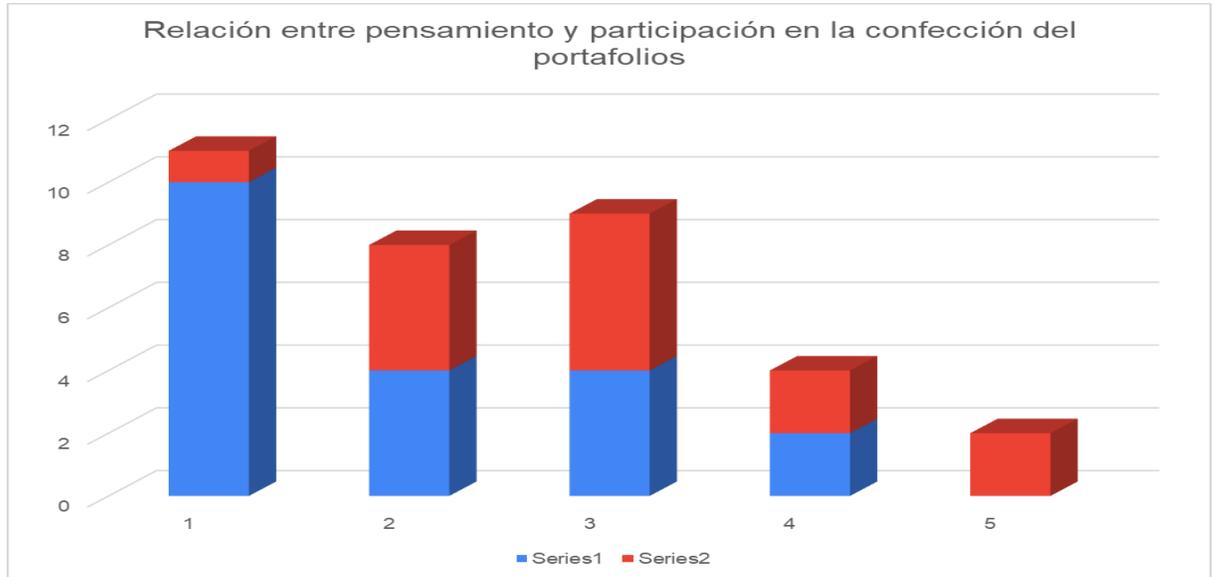
En la Gráfica 15 se representan las respuestas sobre la participación del docente en la confección del Portafolios del alumno. El rango de respuestas iba desde participó muy activamente en su confección (opción 1) a no participo en su confección (opción 5). A continuación, en la Gráfica 16 se muestra la relación entre el pensamiento sobre si el Portafolios complementa positivamente lo visto en las prácticas y la participación del docente en su confección (ya sea sugiriendo artículos, autores, material de lectura, etc relacionado a lo visto con el paciente)

Participó activamente de la confección del portafolios sugiriendo fuentes para profundizar la investigación y comprensión de lo visto

20 respuestas



Gráfica 15. Participación del docente en la confección del Portafolios.

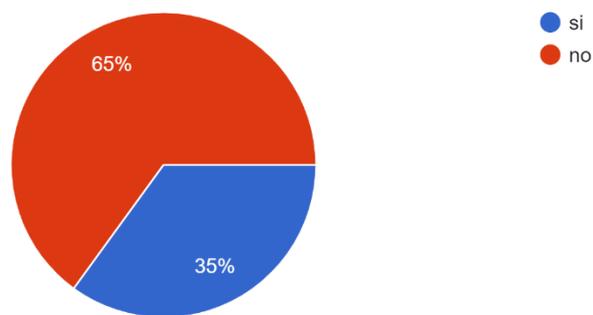


Gráfica 16. Relación entre pensamiento y participación en la confección del Portafolios por parte del Docente.

La gráfica 17 muestra el porcentaje de conocimiento previo sobre la herramienta metodológica propuesta, el Portafolios, por parte de los docentes en el ámbito hospitalario.

Solo el 35% conocía la herramienta, el 65% restante no.

Conocía previamente la herramienta metodológica utilizada (Portafolios)
20 respuestas



Gráfica 17. Porcentaje de conocimiento previo de la herramienta metodológica propuesta. El Portafolios.

Las siguientes respuestas se obtuvieron al preguntar sobre la utilidad del Portafolios como herramienta metodológica.

“El hecho de que tengan que documentar un poco lo que van viendo en un portafolio genera digamos justamente esto de poder quedarse con algo específico de cada paciente y a su vez tener como punto de disparador el hecho de bueno buscar más información para complementar un poco lo que se estuvo viendo y eso bueno me parece que es enriquecedor en el sentido que bueno genera un rol activo de parte del alumno” (Entrevistado FF, Cod.5).

“me parece lo más interesante este rol activo que genera en cuanto a buscar más información en comparar con otros lugares quizás estrategias de tratamiento así que es algo me parece súper provechoso” (Entrevistado FF, Cod. 5).

“me parece que es valioso, se veía que algunos chicos me pedían la ficha kinésica este y le sacaban una foto para ver eso le sacaban una foto a la historia la nuestra viste con el celular y otros tenían anotaban viste anotaban algunas cosas. Me comentaban que tenían que armar un portfolio de los pacientes que vimos entonces muchas veces iban haciendo preguntas y hacían anotaciones y pedían tal vez mas info sobre el tema. Algunas veces venían con preguntas sobre lo visto días anteriores y el porqué de algunas de las cosas que hicimos o vieron.” (Entrevistado EO, Cod.5).

“Si lo del Portafolios este la verdad que estimuló a los alumnos a buscar información preguntar datos etcétera, tomaban fotos del respirador o de algún monitor si era posible. Vi que andaban con una libretita en donde anotaban.” (Entrevistado BB, Cod.5).

“sí creo que el hecho de armar la bitácora que ellos siempre nombraban les hizo por lo menos toman nota de algunas cuestiones Y tratar de buscar las como para para poder cerrar algunos temas al momento de de presentarlo en este en esta bitácora que tenían que hacer”...

“sí sí sí están pendientes por ahí cuando arrancan las rotaciones eligen algún paciente que les resulta interesante y que les parezca rico para armar el portfolio y buscan placas buscamos tomografía estamos en comunicación a veces que quedan tomografías para la tarde por ejemplo y la rotación finalizó al mediodía entonces cuando podemos conseguir la tomografía se le enviamos al alumno para que esté al pendiente de lo que va pasando con el paciente seleccionado.” (Entrevistado IS, Cod.5).

“siempre hubo buenas experiencias con los alumnos que han venido y siempre se termina interesando mucho sobre los pacientes a partir de ahí se abrieron algunas preguntas por ejemplo hablar de alguna patología por ejemplo un distress, por alguna neumonía y los alumnos han o sea intercambio WhatsApp con ellos y la semana me siguen mandando preguntas y yes indicó algún artículo que me parece que estaría bueno que lean y ellos lo leen después vienen y me cuentan que fue lo que leyeron” ... “vienen con muchas preguntas dudas que tienen por ahí que se generaron durante la clase o durante la la rotación en la terapia y a partir de ahí compartimos artículos libros y demás realmente se genera una buena experiencia y un buen intercambio” (Entrevistado MG, Cod.5).

Discusión

La carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría forma profesionales que se desempeñarán dentro de equipos multidisciplinarios relacionados a las ciencias de la salud en los diferentes contextos, eso se ve reflejado en su currículum donde más de la mitad de las horas están destinadas para la formación práctica de sus estudiantes, esas dichas horas se dictan en instituciones de salud. Los profesionales que reciben a los estudiantes en los escenarios reales de trabajo juegan un rol vital clave en la formación de éstos. La experiencia personal y colectiva que los estudiantes tendrán en este ámbito hospitalario marcará fuertemente su formación y podrá influir en su futura elección profesional dentro del abanico de opciones laborales futuras.

En nuestro país existen pocas Universidades que cuentan con Hospitales universitarios propios o dentro de su misma estructura, en su mayoría instituciones privadas. Por tal motivo, las Universidades realizan convenios con los Hospitales o Centros de Salud para poder cumplir con el currículum y desarrollar las prácticas Hospitalarias.

La brecha entre demanda y oferta de lugares suele ser una debilidad para articular la teoría y la práctica en la formación de grado. No solo por la disponibilidad de vacantes, sino también por la heterogeneidad en las instituciones ya sea por los diversos perfiles de los profesionales con rol docente, así también cómo la infraestructura del lugar.

De acuerdo con lo anterior, es importante planificar de qué manera se llevará a cabo la articulación entre teoría y práctica, para una educación de calidad. Como señala Róvere (1993) “siendo los servicios de salud servicios de personas para personas, es imprescindible reconocer la significación de los recursos humanos, no solo como factor estructural sino como factor principal

de cambio”. Desde esta perspectiva, es clave el rol de los docentes formadores, que deberá no solo ser idóneo en nuestra disciplina y hábiles para aplicar herramientas educativas, sino también capaces de analizar y comprender en los diferentes contextos que les toca trabajar. En el análisis de la muestra surge que el 45% de los docentes tienen algún tipo de formación docente, y solo el 10% a realizado la carrera docente. Para potenciar el profesionalismo docente habría que preguntarse ¿de qué manera se busca incentivar a los profesionales para fortalecer su rol docente? ¿cuál es la motivación de los docentes? ¿debería la universidad ser el generador de dispositivos para formación docentes?

Otro punto sería el relacionado a la articulación entre los sectores educativo y salud, acá entran en juego los Convenios entre la Universidad y los Hospitales y/o centros de Salud.

Mediante los Convenios ambas partes se proponen colaborar en la formación de futuros profesionales Kinesiólogos con la expectativa que esta interacción promueva la mejora continua en la calidad de la educación.

¿Qué dicen los convenios en relación con los Docentes? (ver Apéndice), Es ambiguo y poco claro este punto, mencionan Docentes/Tutores de la Universidad que gracias a estos convenios pueden hacer uso de las instalaciones de los Hospitales con el fin de acompañar a los alumnos durante su rotación. En la práctica, esto no siempre es así, ya que muchas veces los docentes son empleados de los Hospitales y /o centros de salud, y por esta situación tienen un nombramiento docente de la universidad.

La UNLaM otorga nombramientos Ad Honorem a los profesionales que cumple función docente ¿qué beneficio representa esto para los profesionales, para la institución y para los estudiantes? Una opción podría enfocarse en pensar incentivos de motivación extrínseca, desde

la Universidad y/o Centros de Salud, como becas de formación docente, cursos de posgrados, o de desarrollo profesional.

Pandemia y virtualidad. Dos lecturas, la educación en contexto de emergencias y la interrupción de las prácticas. La llegada de la pandemia de COVID-19 al País provocó que las Universidades interrumpieran sus actividades abruptamente a mediados de marzo del año 2020, poniendo a prueba las capacidades institucionales y marcando las fortalezas y debilidades de cada institución educativa. La solución consistió en la migración de las clases a los medios virtuales y la interrupción de la asistencia de los alumnos a los hospitales para evitar contagios y propagación del virus en las comunidades.

La investigación para la Tesis comenzó en abril del año 2019 con la idea de ser finalizada en diciembre del año 2020, debido a la situación epidemiológica tuvo que postergarse hasta julio del año 2022 ya que los alumnos volvieron a las rotaciones durante el transcurso del año 2021. Esta situación no modificó la propuesta de trabajo, solo hubo que ir acomodándose a los tiempos y protocolos de cada Institución de salud para el retorno de los estudiantes a las prácticas.

Tiene amplio consenso en el campo de las Ciencias de la Salud, específicamente en las materias que tienen parte práctica llevada a cabo en Hospitales o Centros de Salud, que la inclusión de los Portafolios de evidencias favorece los procesos de autorreflexión reconstruyendo el proceso de aprendizaje y la adquisición de competencias. Su dinámica central será la reflexión sobre la práctica realizada y/o observada.

El estudiante recolecta información para luego seleccionarla y reflexionar sobre la misma agregándole su impronta personal. Para aprovechar al máximo esta herramienta el docente

responsable de la materia debe instruir e introducir a los estudiantes en su utilización clarificando objetivos y procedimientos.

El formato escogido fue el de Portafolios abierto en donde el creador incluye aquellas evidencias que considera significativas para su aprendizaje (ver Portafolios de una estudiante en Apéndice). Los Portafolios estructurados, con listas de cotejos, con apartados de desarrollo y realización de competencias pueden tener el sesgo de inducir a estudiante en su desarrollo, aunque podría ser de utilidad como feedback en la articulación Teóricos/Rotaciones.

De totalidad de los Docentes de campo que participaron de la muestra solo un 35% conocía la herramienta metodológica previamente, sin embargo, no hubo percepciones negativas en su implementación y si un consenso general positivo en la observación del rol activo del estudiante para su realización.

Una limitación del estudio podría ser el riesgo de subjetividad, pero cabe destacar que los resultados hacen referencia a una población concreta y a un tiempo y espacio determinado.

Quedará pendiente el desarrollo de un estudio multicéntrico o interuniversitario para poder darle mayor representatividad a la muestra. Sería también importante incluir a los alumnos en la valoración de la herramienta metodológica.

Bibliografía citada y de referencia

ALVES DE LIMA, Alberto Enrique (2005). Claves para la evaluación efectiva del Residente. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires*, 25 (3/4), 107-111.

ALVES DE LIMA, Alberto Enrique (2008). Devolución constructiva. una estrategia para mejorar el aprendizaje. *Revista Medicina (Buenos Aires)*, 68 (1), 88-92.

BATESON, Gregory (1998). Pasos hacia una ecología de la mente. Buenos Aires. Lohlé-Lumen.

BEILLEROT, Jacky (1996). La Formación de Formadores. Serie Los Documentos (1). Facultad de Filosofía y Letras - UBA. Ediciones Novedades Educativas. Argentina.

BERNET, Trilla Jaume (1993). Otras Educaciones. Animación Sociocultural, Formación de Adultos y Ciudad Educativa. UPN. México.

BETTANCOURT, Lorena; MUÑOZ, Luz Angélica; BARBOSA MERIGHI, Miriam Aparecida; FERNANDEZ DOS SANTOS, Marcia (2011). El docente de enfermería en los campos de práctica clínica: un enfoque fenomenológico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19 (5), 1-9.

BRANDA, Luis Alberto (2009). El aprendizaje basado en problemas. De herejía artificial a res popularis. *Viguera Editores SL. EDUC MED*; 12 (1), 11-23.

BUCKLEY, Sharon; COLEMAN, Jamie; DAVISON, Ian; KHAN, Khalid; ZAMORA, Javier; MALICK, Sadia; MORLEY, David; POLLARD, David; ASHCROFT, Tamasine; POPOVIC, Celia; SAYERS, Jayne. (2009). The educational effects of portfolios on

undergraduate student learning: A Best Evidence Medical Education (BEME) systematic review. BEME Guide No. 11. Medical Teacher. 31: 282–298.

CANDAU, Vera María (1995). Rumo a uma nova didáctica. Petrópolis, Vozes.

CASSIS LARRAIN, Adad José (2011). Artículo de Reflexión: Donald Schön: una práctica profesional reflexiva en la universidad. *Compás Empresarial*, 3 (5), 54-58.

CASTRODEZA, José Gabriel (2013). Relaciones universidad-sistema sanitario. *Fundación Educación Médica*; 16 (3), 17-19.

CIVEIRA MURILLO, Fernando (2010). El hospital como centro nuclear para mejorar la enseñanza de la medicina. *Viguera Editores SL. EDUC MED* 13 (1), 1-82.

CHERTOFF, Jason; WRIGHT, Ashleigh; NOVAK, Maureen; FANTONE, Joseph; FLEMING, Amy; AHMED, Toufeeq; GREEN, Marianne; KALET, Adina; LINSENMEYER, Mabelle; JACOBS, Joshua; Christina DOKTER, Christina; ZAIDI, Zareen. (2015). Status of portfolios in undergraduate medical education in the LCME accredited US medical school. *Med Teach*. Sep;38(9):886-96.

DANIELSON, Charlotte y ABRUTYN, Leslye (1999). Uso de portafolios en el aula. México. Fondo de Cultura Económica.

DAVINI, María Cristina (1995). Educación Permanente en Salud. Washington.

Serie Paltex (38) OPS.

DAVINI, María Cristina (2008). Métodos de enseñanza. Didáctica general para maestros y profesores. Santillana.

DÍAZ BARRIGA ARCEO, Frida (2006). Enseñanza situada: vínculo entre la escuela y la vida. McGraw-Hill, México.

DÍAZ BARRIGA ARCEO, Frida (2003). Cognición situada y estrategias para el aprendizaje significativo. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 5 (2).

DÍAZ BARRIGA ARCEO, Frida; ROMERO, Eric; HEREDIA Abraham. (2012). Diseño tecnopedagógico de portafolios electrónicos de aprendizaje: una experiencia con estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 14(2), 103-1

DÍAZ PLACENCIA, Juan Alberto. (2016). Bases teóricas del portafolio en la educación médica basada en competencias. *Educación Médica Superior*; 30 (1).

DÍAZ PLACENCIA, Juan Alberto y CASTRO VERA, Sandra (2022). Efectividad del portafolio virtual autorreflexivo en el aprendizaje autodirigido de los estudiantes de Cirugía I de la Escuela de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego en Trujillo, Perú. *Fundación Educación Médica*; 25 (1): 5-11.

DOMINGO, Angels (2021). La Práctica Reflexiva: un modelo transformador de la praxis docente. *Zona Próxima. Revista del Instituto de Estudios en Educación y del Instituto de Idiomas. Universidad del Norte*; 34, 1-21.

DRIESSEN, Erik; VAN TARTWIJK, Jan. (2012). Portfolios in personal and professional development. *Understanding Medical Education: Evidence, Theory and Practice, Second Edition*. Edited by Tim Swanwick.

DRIESSEN, Erik; VAN TARTWIJK, Jan; OVERREM, Karlijn; VERMUNT, Jan; VAN DER VLEUTEN, Cees. (2005). Conditions for successful reflective use of portfolios in undergraduate medical education. *Medical Education*; 39: 1230–1235.

FENSTERMACHER, Gary. (1989). Tres aspectos de la filosofía de la investigación sobre la enseñanza. En M. C. Wittrock(Comp.), *La investigación de la enseñanza, I. Enfoques*,

teorías y métodos. Barcelona: Paidós.

FERRY, Giles (1990). *El Trayecto de la Formación*. México. Paidós Educador.

FINKELSTEIN, Claudia; GARDEY, Mónica (2004). *Procedimientos*. Cuadernillo. Buenos Aires, FOUBA.

GARDINER, Jhon M. (1988). Functional aspects of recollective experience. *Memory & Cognition*, 16(4), 309–313.

HESHIKI NAKANDAKARI, Luis (2013). Representaciones sociales de alumnos y docentes sobre el módulo de clínica integral de la carrera de médico cirujano. *Inv Ed Med de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México*, 2 (7), 129-134.

HERNANDEZ, Ángel, GONZALEZ, Natalia y GUERRA, Sonsoles. (2006). Diseño de un portafolio en la formación universitaria por competencias. *Revista de Psicodidáctica*, 11(2), 227-240.

LISTOVSKY, Gabriel (2000). Programa de formación de formadores para profesionales con responsabilidad de formación en los servicios hospitalarios. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Secretaria de Salud. Dirección de Capacitación.

LONKA Kirsti, SLOTTE Virpi, HAULTTUNEN Mervi, KURKI Tapio, TIITIENE Aila, VAARA Leena, PAAVONEN J. (2001) "Portfolios as a learning tool in obstetrics and gynaecology undergraduate training". *Med Educ*. 35(12):1125-30.

LUCARELLI, Elisa (2004). *El eje teoría-práctica en las cátedras universitarias, su incidencia dinamizadora en la estructura didáctico curricular*. Trabajo de tesis doctoral. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires.

LUCARELLI, Elisa *et al* (2006). La enseñanza en las Clínicas: una mirada hacia la comprensión de los estilos docentes universitarios. *Revista de Educação PUC-Campinas*, Campinas, Brasil. (21), 1-154.

MARTINEZ CARRETERO, José María (2005). Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetivo estructurada (ECO). *Educ. méd*, 8 (2), 18-22.

MATUS, Olga; TORRES, Graciela; PARRA Paula. (2009). Utilización del portafolio en Educación Médica. *Rev Educ Cienc Salud*; 6 (1): 10-19.

MIRANDA, Jaime; YAMIN, Alicia Ely (2008). Educando a los futuros profesionales de la salud: un reto para la salud y los derechos humanos en américa latina. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*; 25 (3), 302-8.

NOLLA DOMENJÓ, María (2006). El aprendizaje cognitivo y el aprendizaje profesional. *Educación Médica*, 9 (1), 11-16.

NUÑEZ-CORTES, Jesús Millán (2003). La gestión de la docencia en los hospitales universitarios. *Educ. méd*, 6 (3), 37-38.

NUÑEZ-CORTES, Jesús Millán. *et al* (2008). Relaciones de la facultad de medicina con el hospital universitario: La enseñanza de la medicina clínica. *Educ. méd*, 11, (1), 3-6.

NUÑEZ-CORTES, Jesús Millán (2013). El hospital como centro de enseñanza de la medicina. *Fundación Educación Médica*; 16 (3), 13-15.

NUÑEZ-CORTES, Jesús Millán; GUTIERREZ-FUENTES José Antonio (2012). ‘Enseñar a ser médicos’: un análisis de opinión de los médicos implicados en la docencia de la

clínica práctica (I). Conclusiones del análisis cualitativo y metodología para un estudio cuantitativo. Educación Médica; Número 15 (3), 143-147.

OCAMPO-PLAZAS, Mary Luz (2013). Accionar del fisioterapeuta en instituciones educativas: socialización de una experiencia desde la perspectiva del estudiante. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, 16 (4), 415-421.

PALOMARES CASADO, Teodoro (2014). Enseñanza de la radiología y medicina física en el grado en odontología a través del aprendizaje basado en problemas. FEM, 17 (4), 221-228.

ROMAN, Oscar A. (2007). La relación docente-asistencial en el nuevo contexto que establece la reforma de salud. Revista Médica de Chile; 135: 251-256.

RODRIGUEZ-SANCHEZ, Felicidad. (2013). Perfil del hospital universitario del siglo XXI. Fundación Educación Médica; 16 (3), 3-6.

ROVERE Mario. (1993). Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos nro. 96. OPS. Washington.

RODRIGUEZ DE CASTRO, Felipe (2013). El hospital como centro de enseñanza de la medicina: el alumno en el hospital. Fundación Educación Médica; 16 (3), 7-10.

SCHÖN, Donald (1992). La formación de profesionales reflexivos. Paidós. Barcelona.

SOUTO, Marta (1999). Los dispositivos pedagógicos desde una perspectiva técnica. Formación de Formadores serie Los Documentos (10). Ediciones Novedades Educativas. Bs.As.

TEN CATE, Olle (2011). Formación Médica y evaluación basadas en las competencias: ¿De qué se trata y como puede relacionarse con la realidad de la práctica clínica? Revista Argentina de Cardiología; 79, 405-407.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA MATANZA (UNLaM) (2011). Resumen:
Propuesta de Plan de Estudio de la Carrera de Kinesiología y Fisiatría con Título de Licenciado
en Kinesiología y Fisiatría.

VALADEZ NAVA, Sábas et al (2014). Expectativas y sentimientos de los estudiantes de
Medicina ante el internado de pregrado. Inv Ed Med de la Facultad de Medicina de la
Universidad Nacional Autónoma de México; 3 (12), 193-197.

VUKUSICH-COVACIC, Antonio et al (2009). Docencia de pregrado en medicina
interna en un hospital privado: Diez años de experiencia. Revista Médica de Chile; 137, 1105-
1112.

WEBER, Federico Rodríguez; MOCTEZUMA, Luis Pedraza. (2009) Medicina Interna
de Mexico. sep/oct, Vol. 25 Issue 5, p393-394. 2p.

[http://www.redaccionmedica.com/noticia/la-integracion-del-alumno-en-el-equipo-
medico-objetivo-del-hospital-docente-7552](http://www.redaccionmedica.com/noticia/la-integracion-del-alumno-en-el-equipo-medico-objetivo-del-hospital-docente-7552)

Apéndice

1) Encuesta.

Encuesta a Docentes en el ámbito Hospitalario

La siguiente encuesta forma parte de la Tesis a cargo del Lic. Fernando Da Fonseca cuyo objetivo es describir las particularidades del proceso de enseñanza en el ámbito hospitalario de los alumnos de kinesiología de la UNLaM y analizar el impacto de la implementación de una nueva herramienta metodológica de enseñanza como el Portafolios. Encuesta anónima a kinesiólogos/as que reciben alumnos/as de la UNLaM en su ámbito laboral hospitalario.

1. Edad en años

Marca solo un óvalo.

- 20-30
- 30-40
- 40-50 50-60 más de 60
-
-

2. Indique su sexo

Marca solo un óvalo.

- Femenino
- Masculino

3. Años de recibido

Marca solo un óvalo.

- 0-5 años
- 5-10 años 10-15 años más de 15 años
-
-

4. Formación Académica

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Universitario
- Especialista
- Maestrí
- Doctorad
- Otr _____

5. Formación Docente

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Carrera Docente
- Ciclo Pedagógico
- Cursos o Posgrados en Docencia
- Ningun
- Otr _____

6. Años de servicio en la Institución de Salud en donde recibe a los alumnos

Marca solo un óvalo.

- 1 a 5 años
- 6 a 10 años 11 a 15 años más de 15 años
-
-

7. La Institución de salud en donde se desempeña (Hospital/Sanatorio/etc), ¿recibe alumnos de otras carreras de ciencias de la salud?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- Desconozco

8. Indique de cuantos días semanales consta su régimen laboral en la Institución de Salud

Marca solo un óvalo.

- 1 día semanal
- 1-3 días semanales 3-5 días semanales mas de 5 días
- semanales
-

9. Dentro de la Institución de salud ¿en donde realiza sus tareas asistenciales? (Puede marcar más de una opción)

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Consultorio/Gabinete
- Internación
- No realizo funciones asistenciales

10. Si pudiera sacar un promedio de sus tareas asistenciales diarias, ¿Cuántos pacientes atiende a diario?

Marca solo un óvalo.

- 1 a 10 pacientes
- 10 a 20 pacientes mas de 20
- pacientes
- No realizo funciones asistenciales
-

11. En su jornada laboral ¿tiene asignado institucionalmente un tiempo exclusivo para la docencia?

Marca solo un óvalo.

- Si
- No
- Otros:

12. Marque aquellas opciones que forman parte de un día laboral acompañado de alumnos

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Puedo elegir que pacientes ver con los alumnos de acuerdo al programa de la materia que los envía
- Los alumnos tienen acceso a la HC del paciente
- Los alumnos observan mi actividad asistencial y luego reflexionamos juntos sin la presencia del paciente
- Los alumnos observan mi actividad asistencial mientras les voy comentando el porque de cada una de mis intervenciones
- Los alumnos pueden asistir en la atención del paciente supervisados por usted
-

13. Con respecto a la pregunta anterior agregue lo que considere relacionado a su día laboral acompañado por alumnos

Portafolios

Los alumnos a su cargo durante la rotación hospitalaria además de la aprobación de las prácticas, confeccionaron un portafolios relacionado a los pacientes, patologías, descripción de técnicas especiales, etc que fueron observando durante su rotación

14. Piensa que el Portafolios complementa positivamente lo visto por el alumno durante las prácticas *Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	5	
Piensa que complementa muy satisfactoriamente	<input type="radio"/>	Piensa que no complementa en lo mas mínimo				

15. Participó activamente de la confección del portafolios sugiriendo fuentes para profundizar la investigación y comprensión de lo visto

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Participé muy activamente en su desarrollo	<input type="radio"/>	No Participé/No sabía de su confección				

16. Conocía previamente la herramienta metodológica utilizada (Portafolios)

Marca solo un óvalo.

- si
 no

17. Consideraciones personales sobre el Portafolios

2) Fichas de entrevistas.

Instrumento de Registro de Entrevista

Entrevistado: Lic. Kglo. Ftra. Fernando Ford.

Docente UBA y UNLaM.

Jefe de Sección Hospital Prof. Dr. Juan P. Garrahan.

Entrevistador: Lic. Kglo. Ftra. Fernando Da Fonseca

Hora	Registro	Comentarios
Fecha: 15 de marzo de 2022. Inicio: 12 hs Finalización: 12:30 hs	La entrevista se realiza en uno de los consultorios de Kinesiología del Hospital Garrahan.	Primeramente, el entrevistado contestó la encuesta online recibida en su email, a continuación, se le realizaron 3 preguntas las cuales fueron grabadas en un dispositivo electrónico con la autorización del entrevistado.

En este enlace se puede visualizar la entrevista

https://docs.google.com/document/d/1g22qUxcrkB_6FwCuerAaR0Bvt83Qg0Es/edit?usp=sharing&ouid=102290639959646727035&rtpof=true&sd=true

Instrumento de Registro de Entrevista

Entrevistado: Lic. Kglo. Ftra. Bruno Baldo

Docente UNLaM.

Kinesiólogo de Guardia. Hospital de Quemados Dr. Arturo Umberto Illia.

Entrevistador: Lic. Kglo. Ftra. Fernando Da Fonseca

Hora	Registro	Comentarios
Fecha: 9 de diciembre de 2021. Inicio: 13 hs Finalización: 13:45 hs	La entrevista se realiza en uno de los consultorios de Kinesiología del Hospital de Quemados.	Primeramente, el entrevistado contestó la encuesta online recibida en su email, a continuación, se le realizaron 3 preguntas las cuales fueron grabadas en un dispositivo electrónico con la autorización del entrevistado.

En este enlace se puede visualizar la entrevista

https://docs.google.com/document/d/1i6gN8xDrwq_X1k2x0oNkpNl_k7wqLoJd/edit

Instrumento de Registro de Entrevista

Entrevistado: Lic. Kglo. Ftra. Matías Gaggioli.

Docente UNLaM.

Kinesiólogo de Planta. Hospital Italiano de San Justo

Entrevistador: Lic. Kglo. Ftra. Fernando Da Fonseca

Hora	Registro	Comentarios
Fecha: 11 de marzo de 2022. Inicio: 12 hs Finalización: 12:30 hs	La entrevista se realiza en uno de los consultorios de Kinesiología del Hospital Italiano de San Justo.	Primeramente, el entrevistado contestó la encuesta online recibida en su email, a continuación, se le realizaron 3 preguntas las cuales fueron grabadas en un dispositivo electrónico con la autorización del entrevistado.

En este enlace se puede visualizar la entrevista

<https://docs.google.com/document/d/1L4MiTKwC5MAzaRAhmToy1TR8lx7GYZ-1/edit>

Instrumento de Registro de Entrevista

Entrevistado: Lic. Kgla. Ftra. Marta Verduguez.

Docente UBA y UNLaM.

Kinesióloga de Planta. Hospital Simplemente Evita

Entrevistador: Lic. Kglo. Ftra. Fernando Da Fonseca

Hora	Registro	Comentarios
Fecha: 15 de diciembre 2021. Inicio: 19 hs Finalización: 19:30 hs	La entrevista se realiza en forma virtual a través de la plataforma Zoom.	Primeramente, el entrevistado contestó la encuesta online recibida en su email, a continuación, se le realizaron 3 preguntas las cuales fueron grabadas en un dispositivo electrónico con la autorización del entrevistado.

En este enlace se puede visualizar la entrevista

<https://docs.google.com/document/d/1NJSg0PzD1wyXGOiAXnkLK-HHuy53GvSL/edit>

Instrumento de Registro de Entrevista

Entrevistado: Lic. Kglo. Ftra. Esteban Orsini.

Docente UNLaM.

Kinesiólogo de Planta. Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni.

Entrevistador: Lic. Kglo. Ftra. Fernando Da Fonseca

Hora	Registro	Comentarios
Fecha: 10 de diciembre de 2021. Inicio: 11 hs Finalización: 11:30 hs	La entrevista se realiza en uno de los consultorios de Kinesiología del Hospital Santojanni.	Primeramente, el entrevistado contestó la encuesta online recibida en su email, a continuación, se le realizaron 3 preguntas las cuales fueron grabadas en un dispositivo electrónico con la autorización del entrevistado.

En este enlace se puede visualizar la entrevista

https://docs.google.com/document/d/1C_QDUhObDGspKTzUQI6oH2XmsJADmoz6/edit

Instrumento de Registro de Entrevista

Entrevistado: Lic. Kgl. Ftra. Iris Salvati.

Docente UNLaM.

Kinesióloga de Planta Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni.

Entrevistador: Lic. Kglo. Ftra. Fernando Da Fonseca

Hora	Registro	Comentarios
Fecha: 10 de diciembre de 2021. Inicio: 15 hs Finalización: 15:30 hs	La entrevista se realiza en uno de los consultorios de Kinesiología del Hospital Santojanni.	Primeramente, el entrevistado contestó la encuesta online recibida en su email, a continuación, se le realizaron 3 preguntas las cuales fueron grabadas en un dispositivo electrónico con la autorización del entrevistado.

En este enlace se puede visualizar la entrevista

<https://docs.google.com/document/d/1kmKoj9vPfdflZM2RJ8s6-z-oGajtQbbX/edit>

Instrumento de Registro de Entrevista

Entrevistado: Lic. Kglo. Ftra. Sebastián Santa Cruz.

Docente UBA y UNLaM.

Kinesiólogo de Guardia. Hospital de niños Ricardo Gutierrez

Entrevistador: Lic. Kglo. Ftra. Fernando Da Fonseca

Hora	Registro	Comentarios
Fecha: 24 de febrero de 2022. Inicio: 12 hs Finalización: 12:30 hs	La entrevista se realiza en uno de los consultorios de Kinesiología del Hospital Ricardo Gutierrez.	Primeramente, el entrevistado contestó la encuesta online recibida en su email, a continuación, se le realizaron 3 preguntas las cuales fueron grabadas en un dispositivo electrónico con la autorización del entrevistado.

En este enlace se puede visualizar la entrevista

https://docs.google.com/document/d/1wtUNDw15_wN4xBqfBTjWLyjY5zNr7_U/edit

3) Modelo de Convenio.

ACUERDO MARCO DE COLABORACIÓN Y COMPLEMENTACIÓN CIENTÍFICA TÉCNICA AUTORIZANDO PRÁCTICAS DE ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA EN EL ESTABLECIMIENTO “----- -----”

Entre representado por su..... , con domicilio en..... por una parte y la Universidad Nacional de La Matanza representada por con domicilio en la calle Florencio Varela 1903, de la Localidad de San Justo, en adelante “LA UNIVERSIDAD”, por la otra parte, en el marco de las políticas, planes y programas nacionales de desarrollo e incentivo de las Carreras de Salud deciden la suscripción del presente acuerdo el cual está sujeto a las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Objetivo: Ambas partes se proponen colaborar en la formación de profesionales Kinesiólogos comprometidos con la solución de problemas de salud en escenarios comunitarios, brindando espacios de formación práctica que contacten al estudiante con entornos laborables diversos; con la expectativa que esta interacción entre ambas instituciones promueva el mejoramiento continuo de la calidad de la educación y de los servicios de salud.

SEGUNDA: “..... autoriza a “La Universidad”, para que los alumnos de la carrera de Kinesiología del Dto. de Ciencias de la Salud desarrollen sus prácticas educativas en el Establecimiento bajo responsabilidad exclusiva de “La Universidad”.

TERCERA: A los fines enunciados precedentemente “LA UNIVERSIDAD” se compromete a presentar la programación anual de las actividades de formación práctica que serán desarrolladas por los alumnos y docentes Tutores de la Carrera de Kinesiología y Fisiatría

- a) Indicación sobre el/la responsable, de planificar y coordinar la ejecución de las actividades de formación práctica a ser desarrolladas por los alumnos de la Carrera de Kinesiología y Fisiatría en el establecimiento.
- b) Número aproximado de alumnos que asistirán a las prácticas.
- c) Cantidad de comisiones o grupos de estudiantes que realizarán las actividades junto a los tutores a cargo de cada uno de ellos.
- d) Días y franja horaria probable para la realización de las actividades de Formación a acordar con el efector.
- e) Cronograma de actividades previsto.
- f) Tipo de actividades a ser realizadas, especificando cuando suponen contacto con los alumnos.
- g) Nómina de alumnos y Docentes tutores confirmados que asistirán a las prácticas previo al inicio de las actividades.
- h) Constancia del seguro que cubra cualquier circunstancia que dañe la salud de alumnos y docentes, tutores, la de terceros y sobre los bienes del efector sanitario,
- i) Certificación de que los alumnos y docentes tutores y otro personal involucrado en el proceso de formación en ámbito educacional que dependan de “LA UNIVERSIDAD” cuentan con vacunación antitetánica.
- j) Los alumnos y docentes tutores deben respetar las normas de bioseguridad, higiene y seguridad en el ámbito de formación práctica, presentándose con el equipamiento y la indumentaria adecuada y tarjetas de identificación personal.
- k) Los alumnos, docentes tutores y cualquier otro personal involucrado en el proceso de formación en dicho ámbito que dependan de “LA UNIVERSIDAD” no podrán:
 - a. Firmar documentación alguna
 - b. Brindar información a alumnos y/o familiares o allegados.
 - c. Brindar información a los medios masivos de comunicación, redes sociales y cualquier otro medio por el cual se violen los derechos de los ciudadanos sujetos de atención, preservándose de manera obligada la vigencia del secreto profesional y la confidencialidad de los datos.

- d. La Universidad deberá acreditar fehacientemente la inscripción ante la ART para los docentes tutores o instructores con antelación a las prácticas.

Se hace constar que a todos los profesionales kinesiólogos, les cabe el cumplimiento de las leyes del ejercicio correspondientes a las siguientes leyes:

- a) ley de la Provincia de Buenos Aires N° 10392
- b) la ley Nacional N° 24317

CUARTA: a los fines enunciados precedentemente dicho acuerdo contempla las sugerencias de todo aquello que se estime necesario para el cumplimiento efectivo del presente acuerdo

QUINTA: El presente acuerdo tendrá la duración de 3 (tres) años renovable automáticamente si las partes no manifiestan su opinión en contrario, mediante notificación fehaciente a la otra cursada con 60 (sesenta) días de anticipación. La rescisión podrá hacerla unilateralmente cualquiera de las partes sin expresión de causa y no generará a la cocontratante derecho a reclamo alguno.

SEXTA: A todo efecto derivado del presente acuerdo las partes constituyen domicilio, en los lugares denunciados en el encabezamiento donde tendrán por válidas y eficaces todas las notificaciones que se practiquen. Asimismo, para la eventualidad de un litigio, las partes acuerdan someterse a la decisión de los tribunales competentes a la jurisdicción federal.

SEPTIMA: Ambas partes manifiestan que el desarrollo y la implementación de las prácticas profesionales que se instrumentarán con la firma del presente acuerdo no implica obligación alguna derechos de exclusividad, derechos de abonar honorarios, viáticos y/o cualquier tipo de gastos que se pudiera derivar para los alumnos y/o docentes tutores, no generándose relación laboral de ninguna índole en el desarrollo de las

prácticas en cuestión, ni en definitiva generando crédito alguno para “la Universidad”, sus representantes y/o sus alumnos.

En prueba de conformidad de firman dos ejemplares del mismo tenor y a un solo efecto, a los..... días del mes..... del año 2021.

4) Portafolios de una estudiante.

PORFOLIO ROTACIÓN HOSPITAL SANTOJANNI

Primer encuentro: miércoles 6/10

Turno Mañana

Kinesióloga: I Celular:

Alumna: GD DNI:.....

Vivencias durante la Rotación

Las historias kinésicas de cada paciente están cargadas en un drive lo que permitía que los kinesiólogos tengan los datos del paciente en el celular y cuando terminaban de realizar una intervención lo agregaban en su ficha.

Fuimos a la sala del Shockroom que es la terapia que se encuentra en Guardia. Había 7 pacientes, 5 estaban con ventilación mecánica, 2 pacientes sin ARM (1 paciente ingresado por un politrauma por un camión que lo choca mientras andaba en bici y otro paciente que había caído de 6 metros de altura y tenía fractura costal y del húmero del lado izquierdo y había sido operado por neurocirujano).

1er paciente que fuimos a ver:

- Ángel de 74 años con ACV isquémico derecho. Antecedentes: diabetes, hipertensión y tabaquista. Altura 178, peso 73 kg. (440-510-590) Como no sabía porque estaban estos valores de volumen corriente, busque información para poder calcularlo.¹

Para calcular el peso predicho:

¹ Gutiérrez Muñoz, F. (2011). Ventilación mecánica. *Scielo*.

$$50 + 0.91 \times (178 - 152.4)$$

$$50 + 0.91 \times (25.6)$$

$$50 + 23.29$$

73 kg

Tabla N° 7.

Cálculo del peso ideal (PI)

Hombre: $50 + 0,91 [\text{Altura (cm)} - 152,4]$

Mujer: $45,5 + 0,91 [\text{Altura (cm)} - 152,4]$

Entre 6-8 ml/kg de volumen por kilo corporal se programa el ventilador. Para poder administrar correctamente el volumen corriente:

Ingresó el 19/9 y estuvo con VNI, pero al 3er día se lo conecta a VM por mal manejo de secreciones y mala mecánica ventilatoria.

Los ventiladores eran de la marca TECME.

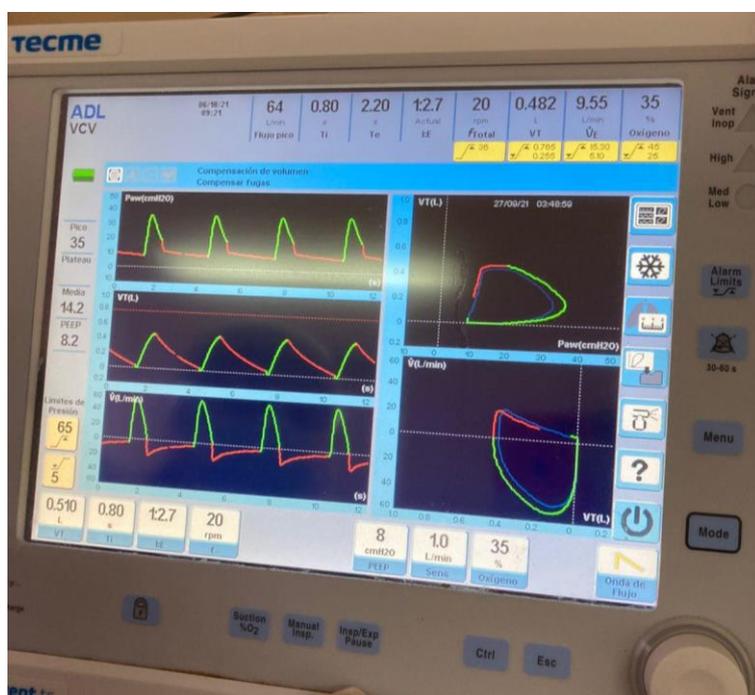
Cuando lo ve la kinesióloga estaba conectado en modo controlado por presión y estaba descompensado. Estaba sedoanalgesiado con fentanilo a través de bombas de inducción continua, que también tienen alarmas para que los enfermeros puedan controlar la medicación. También tenía sonda nasogástrica para recibir la alimentación.

Estaba en modo controlado por presión y la Kine decide cambiarlo a modo por volumen. Setea: $V_t=510$ ml, T_i 0.80s, I/E 1:2.7, FR 20. Presión pico 35. PEEP 8 cmH₂O, sensibilidad 1.0 l/min, Oxígeno 35%

En la curva de volumen el paciente respiraba antes, no logra sacar todo. La kine me explica que esto hay que ir controlándolo porque puede generar una AUTOPEEP.

Me muestra el monitor multiparamétrico, con los datos de Frecuencia cardiaca, Saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria y presión arterial, que hay que observar en todos los pacientes.

El tórax del paciente estaba asimétrico al observarlo. Lo ausculte y se escuchaba lejos la entrada de aire, pero en ambos campos pulmonares era similar.



Tto kinésico: Se realiza la higienización bucal, con aspiración y se le introduce un líquido (Plac-out). Se fija que este bien el tubo y se le cambia la sujeción.

La sujeción la realizan con gasas, se lo deja apretado pero que pueda entrar un dedo entre la cara del paciente y la gasa y se le colocan dos gasas para que no sienta tanto y no le moleste.

- R Mónica, 42 años Ingreso el 04/10. Su diagnóstico es Asma casi fatal. Ingresó en paro respiratorio, cianótica. Antecedentes: asma y ataques de pánico (medicada). Altura 1.65 Peso predicho 56.5 Vt (350 – 400 – 450).

La kine le habla, pero la paciente solo realizaba apertura ocular espontánea. Estaba con tubo endotraqueal con modo ventilatorio controlado por volumen.

La kine realiza la aspiración y la higiene bucal. Cambia la sujeción y realiza aerosolterapia. Para realizar la aerosolterapia se le retira el humidificador HME y se apaga el ventilador. Y se realizan 4-5 puff con salbutamol y budesonida. Luego se la vuelve a conectar el humidificador y se la conecta al ventilador.

Para hacer la aerosolterapia tenía un dispositivo la misma tubuladura inspiratoria que se alargaba y tenía un espacio para poner el broncodilatador.

- Paciente femenino con EPOC, usaba en domicilio O2 y tabaquista. Ingresó por una reagudización del EPOC.

Modo ventilatorio: Controlado por Presión.

Estaba muy doblada en la cama y se movía. Se la acomoda y se realiza también las aspiraciones, higienización bucal y cambio de las gasas de sujeción.

¿Iris me pregunta cuánto es la saturación normal de un paciente con EPOC?

Pacientes con EPOC mantienen sus niveles de oxímetro de pulso (SpO2) entre 88 % y 92 %.

- Otro paciente femenino que estaba ventilada, pero con tubo endotraqueal. Estaba consciente en 3 esferas con un cuadro de depresión.

Se movía mucho y por momentos se olvidaba de respirar.

Un rato los kinesiólogos la sentaron en la cama con pies por fuera de la cama

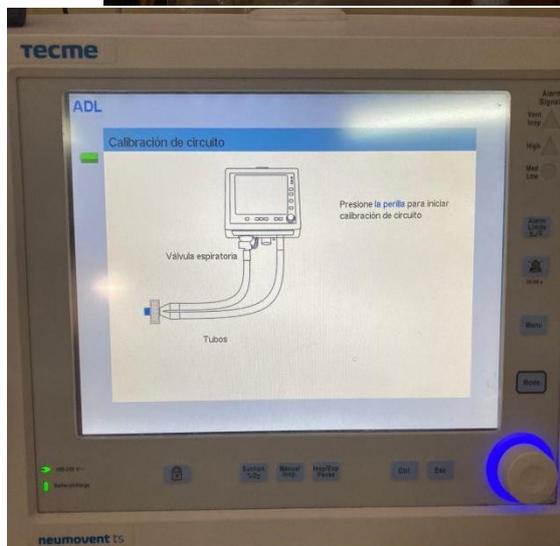
Segundo encuentro: miércoles 20/10

Fuimos al Shockroom había 5 pacientes, pero ningún con ventilación mecánica invasiva. 1 paciente estaba con bigotera y pude observar que estaba conectado la bigotera a la pared al oxígeno con un flumiter. Para distinguir oxígeno de aire comprimido en la pared, el oxígeno está en color verde o a veces blanco y el aire comprimido amarillo.

Iris me mostró como se prepara un ventilador para que quede listo para recibir a un paciente.



Hay que tener el ventilador, las tubuladuras, el filtro y el humidificador que el hospital usa HME. Una vez que se prende el ventilador te pregunta si es para ventilar un adulto o un pediátrico. Se conecta la tubuladura al ventilador. La rama espiratoria se conecta con el filtro y el humidificador después de la rama en y.



Se selecciona el tipo de humidificador y luego se presiona la perilla para que se calibre el circuito.

Una vez que está calibrado, se selecciona el modo en que lo vamos a dejar. Se selecciona el modo controlado por volumen y, por último, se setean los valores.

Ir lo dejó programado con VT 400 ml, TI 0.80 s, FR 18, PEEP 5, Sensibilidad 3 l/min y FIO₂ 100%



Luego fuimos a Unidad de Terapia Intensiva y observe 3 pacientes, 2 con tubo orotraqueal y una paciente con traqueostomía.

- Arminda de 74 años su diagnóstico médico era sepsis a foco abdominal asociado a abdomen agudo por vólvulo en sigma (obstrucción intestinal producido por la torsión de un asa sigmoidea sobre su eje mesentérico.)

Antecedentes: diabetes DHT, hipertensa HTA, dislipemia DLP, geriatrizada, obesa, hipotiroidismo, cataratas bilateral, colecistectomía y pancreatoclectomía. Cirugía de Hartmann el 27/09 (Procedimiento quirúrgico consistente en la resección de recto o sigma, dejando el recto remanente cerrado, ciego y sin tránsito digestivo, y haciendo una colostomía terminal en la fosa ilíaca izquierda para la defecación).

Altura 1.47. Peso predicho: 40. Vt (240 – 280 – 320)

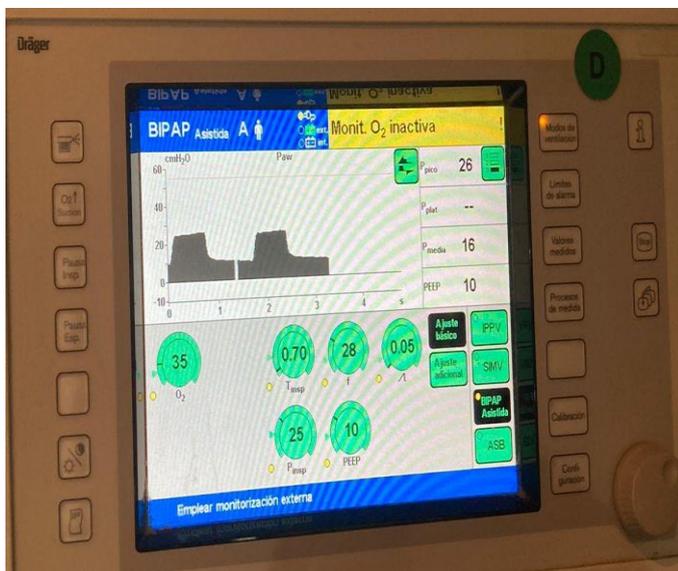
Ingreso el 25/9 por deterioro sensorio. El 07/10 es conectada a ARM.

Ingresamos a ver a la paciente. La kine me indica que cada vez que vemos un paciente primero vemos la historia clínica y los resultados de la gasometría. Cuando vemos a la paciente ver el monitor multiparamétrico ver sus valores, ver que medicación está recibiendo y ver en qué modo esta ventilada y su mecánica respiratoria.

Arminda estaba en modo BIPAP asistida

La presión bifásica positiva en la vía aérea (BIPAP) es, al igual que la APRV, otra modalidad controlada a presión y ciclada a tiempo. La duración de cada fase con su nivel correspondiente de presión se puede ajustar de forma independiente. Permite al paciente inspirar de forma espontánea en cualquier momento del ciclo respiratorio. En caso de que el paciente no realice ningún esfuerzo

inspiratorio, el comportamiento del respirador será el mismo que en ventilación controlada a presión.



Me muestra la kine que al tocar stop en el grafico se puede ir viendo a cada momento de la gráfica que presión tenía.

Iris realiza la aspiración y salía con sangre. Luego hace la higienización bucal y le cambia la sujeción. Es importante mantener fijo el tubo cuando se cambia la sujeción.

Estaba conectada con vía central. Iris me dice que la Noradrenalina se pasa siempre por vía central. Recibía la alimentación por sonda nasogástrica.

Tenía apertura ocular espontanea (4), ninguna respuesta verbal (1) y ninguna respuesta motora (1). Según escala de Glasgow tenía un puntaje =6.²

Tenía la panza dura y edematizada.

- Raúl 74 años

Antecedentes: colecistectomía en agosto 2021.

² Escala de Coma de Glasgow: tipos de respuesta motora y su puntuación. (2017). Elsevier.

<https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/escala-de-coma-de-glasgow>

Ingresa al hospital 2/10 por dolor abdominal. Al otro día tuvo una laparotomía exploratoria (cirugía abierta del abdomen para ver los órganos y los tejidos que se encuentran en el interior).

16/10 pasa de piso a terapia porque estaba cianótico saturando a 60%.

17/10 lo conectan al ARM

18/10 Va a cirugía: lavado de cavidad y conexión de sivaco o vac (El sistema de terapia V.A.C. es un dispositivo médico que favorece la cicatrización de las heridas al aplicar presión negativa (vacío) en la herida a través de un apósito y una unidad de terapia especiales. Esto crea un ambiente que promueve el proceso de cicatrización de la herida).

Estaba ventilado en modo controlado por Presión



La kine realiza la aspiración, pero con otro Aspirador de secreciones que le dicen “chanchita”. El aspirador que se suele utilizar estaba conectado al vac.



Para tomar la presión tenía una Vía arterial.

El saturómetro estaba puesto en la oreja del paciente porque tenía los dedos cianóticos.

Sus brazos y piernas estaban edematizados.

- Antes de irnos pasamos a ver otra paciente María que estaba traqueostomizada. Iris realiza las aspiraciones, la higiene bucal y el cambio de sujeción.

Tercer Encuentro Miércoles 27/10

Estuvimos en Unidad Coronaria y vimos 2 pacientes:

Osvaldo Q

Paciente de 59 años, operado de una nefrectomía derecha por tumor.

Hisopado Negativo el 23/10, (positivo el 11/10/21).

Antecedentes: Hipotiroidismo, hepatitis A, DBT, quimioterapia.

Peso predicho PP= 71 kg vt=(428 ml – 500 – 568 ml)

Se lo intuba IOT (intubación orotraqueal) el 22/10 a ARM postoperación. Modo: PC- CMV (controlada por presión- ventilación mandatoria continua). Es la nomenclatura que usa Drager.

24/10 TQT (traqueotomía) en modo ventilación con presión de soporte. Abundantes secreciones principalmente por el ostoma.

25/10 Intenta apertura ocular. Escasas secreciones por ostoma. Se baja FNT (fentanilo) y apagan precedex. Comienza TQT/T buena tolerancia.

26/10 episodio de desaturación. Encendieron precedex y aumentaron fentanilo. Taquipneico, esfuerzo espiratorio. Reconexión ARM.

Al ratito que ingresamos a la Unidad Coronaria, suena la alarma de presión de este paciente e Iris va rápido a su cama. Le sube la presión pico, lo aspiró y el paciente se acomodó y volvió a setear la alarma.

El paciente estaba ventilado a volumen control: vt=460ml, FR=20, Ti=0.86, PEEP=6 cmH₂O, FiO₂= 30%



Iris realiza la higiene bucal y cambio de sujeción.

M, Carlos

Paciente de 63 años, altura 1.77. PP=71 kg (430 ml– 500 ml – 568 ml)

Antecedentes: HTA, DBT, ex tabaquista, DLP, Sobrepeso, sedentario y Psoriasis.

7/10 Muerte súbita en vía pública y es trasladado al hospital con maniobras RCP. Se lo conecta IOT/ARM. Modo VCV. Hisopado Negativo.

14/10 Se lo cambio de modo a PSV.

22/10 se realiza traqueotomía TQT.

24/10 TQT PCV. Medicación fentanilo por la mañana. Presentaba muchas secreciones.

Al momento de ver al paciente estaba sedoanalgesiado, por momentos solo tenía apertura ocular pero no respondía ordenes simples. Tenia ulceras por presión en los tobillos y en el pie y tenia vendados los tobillos.

Recibía alimentación nasogástrica y tenía vía central para la medicación.

El monitor multiparamétrico, indicaba que presentaba Fiebre tenía 37.8°.

Su FC=103, FR=22, Presión Arterial 145/76 (es HTA), la presión tomada con el brazaletes.



Iris le realiza la higienización. Lo aspira, le higieniza la boca y le cambia la sujeción.

Antes de terminar con la rotación pasamos por el Shock y me mostro un paciente con Obesidad mórbida que estaba conectado a VNI con mascara total face. Iris me explica que con pacientes así la máscara face es una buena elección y que con este tipo de pacientes se trata de no llegar a la ventilación mecánica invasiva porque es muy complicado sacarlos.

Iris me mostro otra mascara total face y otra oronasal. Me contaba que son recursos que son caros y que no suelen tener nuevos para cada paciente. Sino que tienen 2 – 3 y que luego de su uso lo esterilizan y se vuelve a utilizar.



Me mostro el aspirado traqueal para cultivo y también un tubo de traqueotomía:



Cafo: sistema de oxigenación de alto flujo



Cuarto Encuentro Miércoles 3/11

En esta rotación se sumaron 2 compañeras: Rocío que venía rotando a la tarde y María Laura que es de seminario. Fuimos a Unidad Coronaria y vimos a 2 pacientes:

T Cristian

Paciente de 51 años, altura 178. PP= 73 kg (440 ml – 510 – 590 ml).

Antecedentes: Hernia Umbilical con hernioplastia, HTA, Sobrepeso, TBX (tabaquista) y sedentario.

Diagnóstico: Insuficiencia Cardíaca descompensada.

Ingresos 28/10 paciente vigil, comprende ordenes simples. Taquipnea, taquicardia y requerimiento de O₂, se lo conecta a VNI.

1/11 Empeora cuadro cardiológico. Deciden pasarlo a Ventilación Invasiva IOT, en modo VCV.

2/11 Presenta sangrado en la diuresis, en la cavidad oral y fosas nasales. Tendencia a la hipotensión. Retenedor de CO₂, y HCO₃ altos desde su ingreso.

Fecha	pH	PCO ₂	PO ₂	HCO ₃	EB	FIO ₂	Peep
1/11	7.45	50	147	34	8.8	100	10
2/11	7.50	43.2	70.8	33.3	9.1	0.50	10
3/11	7.42	49.5	56.2	31.5	5.7	0.50	8

Iris nos pregunta valores normales de HCO₃= 24mmhg y de CO₂ = 37 +-3 mmhg.

Cuando vemos al paciente estaba ventilado con tubo orotraqueal en modo: Controlado por Volumen. Volumen seteado de 480 ml, Ti 0.80, Fr 22, PEEP 5cmH₂O, Sensibilidad 1lt/min, FiO₂ 45%.

Iris nos pregunta cómo nos damos cuenta mirando el monitor del respirador si el paciente esta dormido. Debemos mirar la FR, si está teniendo las frecuencias respiratorias seteadas (en este caso marcada en ambos la Fr de 22) y viendo la curva de flujo, se observa que no hay esfuerzo del paciente.

¿Iris nos pregunta si su Plateau es normal? su plateau está un poquito más alta de los parámetros normales (12 – 15 cmH₂O), pero como tenía pausa inspiratoria de 2 segundos al detener en la grafica al final de la plateau es de 16 esta normal.



Sus valores del monitor multiparamétrico se encontraban con una FC= 94, Fr =22 igual a la seteada, Saturación de O2 92%, Presión 98/84 presión tomada por vía arterial (presión sistólica baja) y Sin fiebre temperatura de 35.3°.



Iris realiza aspiración y sale con sangre y limpia fosas nasales que tenía sangre ya seca. Le realiza la higiene bucal y le cambia la sujeción.

M, Carlos

Mismo paciente que estaba la semana pasada.

28/10 Intento de apertura ocular, pero sin contenido. Durmió en PCV. Subfebril. Comienza TQT/T (traqueotomía en T). Cambio de posiciones. Por la noche vigil y comprende ordenes simples. Movilizaciones pasivas. Duerme en TQT/T.

29/10 Febril Persistente. Abundantes secreciones. Se reconecta por alta demanda y fiebre de 39.6 °.

30/10 TQT en modo PSV. Movilizaciones pasivas de los 4 miembros.

31/10 Se conecta electivamente en PCV por episodio de mala ventilación, desaturación, disnea y bradicardia. Con abundantes secreciones. Subfebril.

1/11 Durmió en PCV. Comienza TQT/ T. Afebril.

2/11 TQT/T. Secreciones hemáticas por TQT, se quita tapón de coágulo queda taquipneico, mala ventilación, desaturación, conexión a ARM. Se realiza aspiración (moderadas secreciones).

Cuando vamos a ver a Carlos estaba ventilado con TQT en modo controlado por Presión.

Presión= 12 cmH2O, Fr=16, Ti= 0.86, PEEP = 6 cmH2O, FiO2 35%.



Se encontraba con los tobillos como la semana pasada vendados por las escaras.

Ya ese día le habían sacado muestra vesical y de la vía central, por la fiebre. Y el otro kine Hernán e Iris realizan la muestra traqueal para cultivo. Para mandar a analizar y ver qué tipo de germen tiene y así especificar el antibiótico.

El Aspirado traqueal para cultivo de secreciones, lo realizan entre los 2 kines. Uno ayuda y asiste y el que realiza la aspiración no debe tocar nada que no este dentro del campo estéril. Para realizar la aspiración se apaga el respirador, se desconecta la tubuladura del tubo traqueal, se le tira agua (porque tenía secreciones espesas) y luego se aspira.

Iris nos dice que tiene que ingresar la sonda y ahí aspira luego deja de aspirar y recién así saca la sonda de aspiración. Así de esta manera se precisa que lo aspirado sea traqueal. Al colocar agua, se debe especificar en la muestra que fue Instilado (con agua) para señalar que no es muestra pura.

Cuando el kine aspira no tenía secreciones el paciente. Al terminar, se vuelve a conectar al paciente. Al ratito que terminó la muestra, el paciente tosió y expulso secreción que se impactó en el HMEF. Los kines cambiaron el HMEF y limpiaron tubuladura.

Luego de la muestra aumento su vt 800 por el estímulo que recibió.

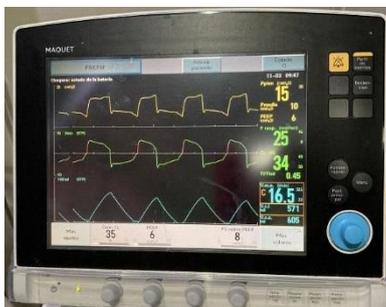
Carlos tenía un pequeño granuloma alrededor del ostoma.

Hablamos sobre la escala de Glasgow, Iris nos dice que cuando el paciente esta ventilado su Glasgow es sobre 10 porque se saca la respuesta verbal. Si es sobre 15, se toma valor 1 la respuesta verbal.

Valores del monitor multiparamétricos: Una FC=69, saturación de O2=100, FR=28, TA= 96/55 (Hipotenso) y con fiebre de 37.5.



Antes de irnos lo pasan a presión de soporte: Presión= 10 cmH2O, PEEP= 6 cmH2O, FiO2=35%. Manejando una vt de 571 ml.



Cuando nos vamos los enfermeros lo bañan y lo cambian de posición.

Quinto Encuentro Miércoles 10/11

Hoy estuvimos en la Uco (Unidad Coronaria), vimos 2 pacientes que ya estaban la semana pasada:

- M, Carlos

Paciente vigil, responde órdenes simples y TQT conectado al ventilador.

Los valores del monitor multiparamétrico indicaban que el paciente tenía una FC=82, Saturación de O2= 98, FR=17 (valores normales), TA= 144/66 (hipertensión) y temperatura de 36.7°.



Estaba ventilado en modo controlado por presión=12 cmh20, FR 18 (pero hacia 23, las hace todas el), PEEP=6, FiO2=21%.



Tenía secreciones periostoma. Iris nos pregunta el origen de esas secreciones: son secreciones de vía aérea inferior. Se lo aspira con el sistema de aspiración cerrado. La cánula de traqueotomía viene con balón para aspiración subglótica (aspira por arriba del balón).

Le cambian la gasa del ostoma, se realiza la higiene bucal y cambio de sujeción.



La tubuladura que tiene entre la traqueo y el HMEF es para que no se impacte secreciones en el HMEF.

Tenía colocado en uno de los pies vendas Tegader para que no se lastime la escara.

Se ayudo a Carlos a que este sentado en la cama y se bajó la cama para que apoye los pies en el suelo. Se conectó oxígeno al subglótico para estimular las cuerdas vocales. (NO para aumentar la fracción inspirada de O₂). Intentan que hable. Carlos puede decir algunas palabras, pero se lo escuchaba bajito.

Se realizan movilizaciones pasivas, muy poco asistidas por el paciente. El estar sentado y las movilizaciones realizadas hicieron que bajara la presión. Al rato de estar sentado, se lo volvió acostar.

Iris nos dice que para desconectarlo y comenzar prueba debe tener bien los valores. Si hago el screening y al tiempo aumenta más del 20 % los valores lo tengo que conectar nuevamente.

Lo van a pasar de presión control a presión soporte



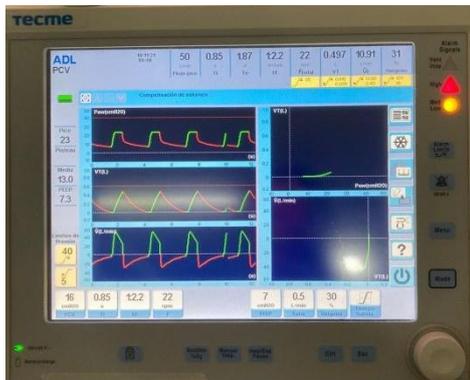
•T Cristian

Paciente sedoanalgesiado, con tubo orotraqueal conectado al ventilador.

Los valores del monitor multiparamétrico indicaban que el paciente tenía una FC=79, Saturación de O₂= 94, FR=22, TA= 98/59 (hipotensión) y temperatura de 36.4°.



Estaba ventilado en modo controlado por presión= 16 cmH₂O, FR 22, Ti= 0.85 s, PEEP=7, sensibilidad 0.5 l/min, FiO₂=30%.



(60 /22FR) Tiempo total= 2.72 s de ti 0.85 s. Iris nos explica que menos de 0.6 no le llega el aire para realizar el intercambio gaseoso.

El paciente en la cama estaba en una mala posición, con todo el cuello inclinado. Se lo posiciona mejor, se endereza el cuello y se colocan los pies a 90°. (Al moverlo todo aumento, la FC, fr y ta).

No responde a estímulos. Ellos usan la escala RASS.





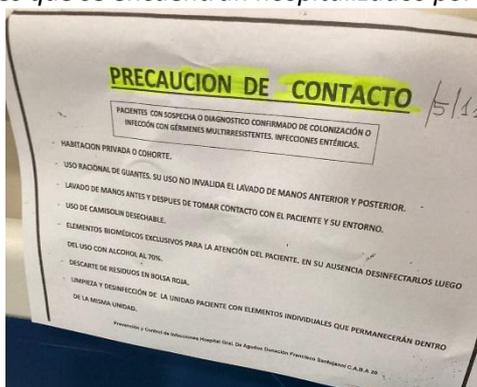
Le quedo marcada la paleta.

Como también estaba con germen multiresistente nos explica Iris que no debemos tocar nada dentro de su cama e ir con mayor protección.

Muliresistente germen KPC

(La KPC Klebsiella Pneumoniae Carbapenemasa, también conocida como superbacteria, es un tipo de bacteria resistente a la mayoría de los antibióticos, que cuando invade al organismo es capaz de producir infecciones graves, como neumonía o meningitis, por ejemplo.

Generalmente, la infección por Klebsiella Pneumoniae Carbapenemasa suele surgir en pacientes que se encuentran hospitalizados por un largo período).



Le realiza la aspiración de secreciones, la higiene bucal y el cambio de sujeción.

Sexto Encuentro Miércoles 17/11

Hoy también estuvimos en la Uco, vimos 4 pacientes:

- M, Carlos

Paciente vigil, responde órdenes simples con TQT pero desconectado del ventilador.

Los valores del monitor multiparamétrico indicaban que el paciente tenía una FC=83, Saturación de O₂= 95, FR=24, TA= 121/59 y temperatura de 36.9°.

24 Fr para él es normal, su mecánica respiratoria es normal, no hace esfuerzo inspiratorio.

Se lo contamos también en un minuto para ver si coincidía con lo que marcaba y dio igual.

Estaba secretor, se lo aspira. Se realiza la higiene y el cambio de sujeción.

Iris nos muestra el Ambu (bolsa de resucitación) que debe haber en cada cama. Proporciona oxígeno al 100 más de 15 litros lo necesario para que la bolsa de reserva quede inflada.

1 mano aproximadamente brinda 500 ml.



Iris nos pregunta a que fracción inspirada de oxígeno está respirando, al estar el HME sin oxígeno respira a una fracción inspirada de oxígeno 21% aire ambiente.

Iris nos dice que para que un weaning sea exitoso en pacientes con ventilación prolongada tiene que pasar 7 días.

- Cristian T

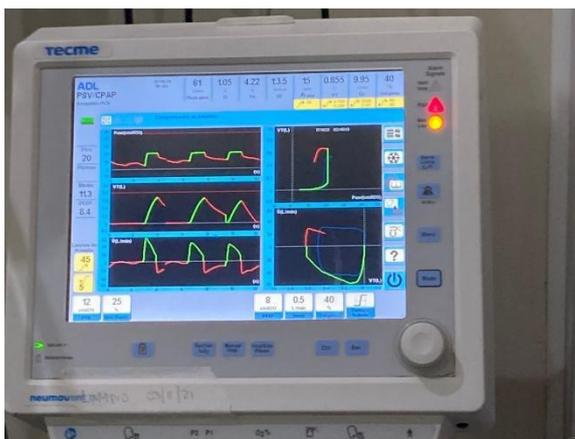
Paciente sedoanalgesiado a diferencia de la semana pasada hoy estaba con TQT. Lo pasaron a TQT por el tiempo que llevaba y porque no estaba mejorando el paciente. Con cánula de 9 mm de diámetro interno con puerto subglótico.

Los valores del monitor multiparamétrico indicaban que el paciente tenía una FC=88, Saturación de O₂= 98, FR=13, TA= 94/54 (hipotenso) y temperatura de 36.5°.

Por vía central le pasaban Fentanilo (analgésico), Precedex (sedante) y Noraadrenalina (la pusieron en ese momento para aumentar la TA del paciente).

Estaba ventilado en modo en presión de soporte PSV/CPAP= 12 cmh2O, PEEP=8, sensibilidad 0.5 l/min, FiO2=40%.

Mete un Vt de 855ml y realiza una Fr=15.



Tiene muchas secreciones, se lo aspira. Se realiza la higiene bucal y se cambia la sujeción.

• Mirta, C

Ingresa el 14/11 por dolor precordial + cuadro gastroabdominal.

Antecedentes: HTA, sobrepeso, hipotiroidismo, IAM (2014)

Motivo de la VM: inestabilidad hemodinámica

Paciente sedoanalgesia con tubo orotraqueal conectada al ventilador.

Los valores del monitor multiparamétrico indicaban que la paciente tenía una FC=88, Saturación de O2= 98, FR=13, TA= 94/54 (hipotensa) y temperatura de 36.5°.

Presión arterial tomada por vía arterial.

Estaba ventilada en modo controlado por volumen= 360 vt, FR 16, Ti= 0.80 s, PEEP=6, sensibilidad 0.5 l/min, FiO2=30%.



(Todos los modos son controlados, en todos pueden ventilar solos)

360 vt controlado y después en el monitor se puede ver arriba el volumen que ingreso en este caso en la foto 315 vt, con una FR=23.

Se realizo la aspiración, la higiene bucal y el cambio de sujeción.

La paciente estaba con un cuadro de Broncoespasmo y se realizó aerosolterapia.

La aerocámara se encuentra antes del humidificador en la rama inspiratoria, pero Iris nos dice que también puede llegar a estar después del humidificador.

Se realizaron los puff.



Tenía colocada una sonda de débito nasogástrica.

- Bernardo, S

Paciente de 90 años, (altura 1.75 PP 420- 490- 560 vt)

Ingresa el 11/11 por paro cardio respiratorio en vía pública.

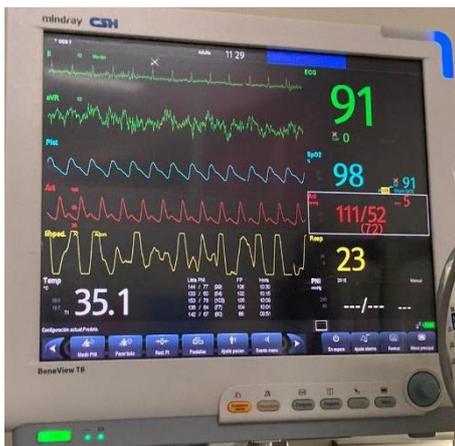
Antecedentes: HTA, ex TBQ

Diagnóstico: TEP de alto riesgo complicado con PCR

Paciente sedoanalgesiado con tubo orotraqueal conectado al ventilador.

Recibía alimentación por suero, no tiene sonda nasogástrica para alimentación, pero si tenía Sonda de débito nasogástrica para sacar contenido gástrico.

Los valores del monitor multiparamétrico indicaban que la paciente tenía una FC=91, Saturación de O₂= 98, FR=23, TA= 111/52. El termómetro estaba mal colocado y no estaba tomando bien la temperatura.



Estaba recibiendo por vía central Estraplan, Dobutamina dbt (inotrópico), Noraadrenalina (inotrópico), Fentanilo (analgésico), Php y Midazolam (sedante).

Estaba ventilado en modo controlado por volumen= 450 vt, FR 24, PEEP=8, FiO₂=70%.



Se realizo aspiración, higiene bucal y cambio de sujeción.

Séptimo Encuentro Miércoles 24/11

Cuando llegamos a Unidad Coronaria la cama 2, donde por varias semanas estuvo Carlos Mora se encontraba vacía. El día anterior había fallecido porque tuvo otro paro cardiaco y no pudieron salvarlo.

Paciente de la semana pasada Bernardo Solan también ya no se encontraba porque había fallecido.

• Cristian, T

Hoy el paciente a diferencia de las semanas anteriores estaba más despierto y respondía órdenes simples. Incluso pidió para tomar agua, y por medio de una gasa se lo dio un poco de agua.

Estaba ventilado en modo en presión de soporte PSV/CPAP= 14 cmh₂O, PEEP=8, sensibilidad 0.5 l/min, FiO₂=24%.

Con una sensibilidad espiratoria del 25%.



Se realizó la aspiración, la higiene bucal y el paciente realizaba los buches y se cambió la sujeción.

- Mirra, C

Paciente sedoanalgesia con tubo orotraqueal conectada al ventilador.

Los valores del monitor multiparamétrico indicaban que la paciente tenía una FC=116, Saturación de O₂= no marcaba en el monitor porque estaba mal colocado, FR=16, TA= 118/57 y temperatura de 36.2°.



Estaba ventilada en modo controlado por volumen= 360 vt, FR 16, Ti= 0.75 s, PEEP=8, sensibilidad 1.0 l/min, FiO₂=30%.



Se realizo aspiración, higiene bucal y cambio de sujeción.

Iris nos pregunta cómo nos damos cuenta de que no hicimos una intubación selectiva: con una radiografía, mediante la auscultación y por la medida del tubo.

- Vimos a una paciente que tenía un balón de contrapulsación. Si lo tiene es porque esta grave.

Balón de contrapulsación: se trata de un dispositivo de apoyo circulatorio que consiste en un balón insertado en la aorta. El balón va conectado a una consola externa que registra los datos del paciente. La función de este balón es aumentar la fase diastólica.

Paciente que no tenía muchas secreciones solo tenía un poco en vía área superior y se lo aspiro.

- Vimos en otra paciente la colocación de una vía arterial en la arteria femoral. Fue colocado por la Médica Cardióloga, y para asistirle estaba un médico residente y una enfermera.

.....

Quisiera contarles que a mí la rotación me encanto, pude aprender muchísimo. Como nunca había estado en terapia intensiva o en una unidad coronaria, no sabía nada sobre cómo se veía un ventilador, ni nada sobre las medicaciones, las vías, fue todo nuevo y me gustó mucho.

La parte teórica me costó mucho al principio, pero luego al comenzar las rotaciones fue super positivo poder ver todo e ir aprendiendo algo nuevo cada día e ir integrándolo a lo que habíamos visto en clase.

Iris como docente es excelente, siempre dispuesta a enseñarnos y a explicarnos lo que haga falta.