



***Pensar la
Residencia***

***Apuntes para la Planificación Curricular de
una Residencia de Clínica Médica.
La experiencia de la Residencia del Htal
“San Roque” de Gonnet de La Plata***

Efraín Salvioli

Efraín Salvioli

Especialista en Clínica Médica

Docente de la Cátedra "A" de Clínica Médica de la UNLP

Ex Instructor de Residentes de la Residencia del Servicio de Clínica Médica del Hospital de Gonnet. La Plata. Argentina.

Ex Presidente de la Sociedad Platense de Medicina Interna (2013/2014)

Ex Jefe de Residentes de Clínica Médica del HIGA "San Martín" de La Plata.

Ex Residente de Endocrinología. Hospital de Clínicas de Buenos Aires.

Especializado en Diabetología. Escuela de Graduados de la Sociedad Argentina de Diabetes.

Prosecretario Académico del Ciclo Clínico (2018/2021) FCM UNLP

Referente Disciplinar de las Residencias de Clínica Médica de la Provincia de Buenos Aires

Dedicado a Juan Sánchez

El Instructor de Todxs

Juan fue mi instructor de residentes en el Pabellón Rodolfo Rossi del Hospital “Gral. San Martín” de La Plata, y lo fue, igualmente, de cientos de médicos y médicas durante casi los 40 años que duró su tiempo en la residencia hasta su fallecimiento. Vino desde Paraná hasta La Plata a estudiar, se asentó en una casa de familia a pocas cuadras del Policlínico y allí encontró una familia con la que transcurrió el resto de su vida. Nunca se mudó de lugar ni de hospital ni de residencia. Todos sus días estuvieron teñidos por mañanas de encuentro con residentes, pasajes de sala, entrevistas con pacientes, charlas con residentes en la Sala 1ra, de donde era médico de planta permanente cumpliendo ejemplarmente tanto en horario como en participación en la formación del residente.

Juan entraba al hospital a las siete de la mañana, el primero en llegar, y se iba invariablemente a las cinco de la tarde, salvo que tuviese que dar trabajo práctico para una de las Cátedras de Clínica Médica, momento en que extendía su horario varias horas más, allí se lo podía ver reunido con su comisión de alumnos sentados alrededor de la cama de un paciente que él conocía en todos sus detalles, porque lo había ingresado y había discutido su situación clínica en profundidad. Así hasta el Domingo, día en que Juan mantuvo su guardia obtenida desde que ingresó al hospital. Optaba por seguir ese día del fin de semana para poder estar presente en la residencia a la que concurría diariamente cumpliendo el mismo horario de todos los residentes.

Las veces que tuvo problemas de salud optó por atenderse en su propio hospital y por sus propios residentes, siempre, hasta su último día.

Nunca trabajó en el ámbito privado, su vida era la Sala de hospital, la guardia de los domingos, la Residencia y la Cátedra.

Juan estuvo siempre al lado de los intereses del residente, marchó con nosotros todas las veces que lo hicimos, reclamó hombro a hombro por cada derecho vulnerado y promovió la solidaridad con otros conflictos de los residentes o del sistema de salud, participando en

todas las asambleas y reuniones convocadas por intereses centrados en las residencias, el hospital y la salud pública.

Fue presidente de la Asociación de Profesionales del Hospital, elegido por sus pares, lugar que ocupaba con orgullo y compromiso.

Hoy, la Asociación de Profesionales del Htal. "San Martín de La Plata", la Sala 1ra del mismo hospital y las Jornadas Anuales Interresidencias de Clínica Médica de La Plata que reviven cada fin de año, llevan su nombre a modo de preservación de su memoria, recuerdo y respeto. Jamás Juan pensó ni trabajó para que estos recuerdos póstumos existan, esto vuelve todo más valioso y ejemplificador.

Nunca fue miembro de ninguna sociedad científica, Nunca escribió ningún libro, Nunca publicó en ninguna revista de investigación, no lo buscó tampoco, no tenía vanidades que se lo exijan.

Fue un hombre de la Educación y la Salud Pública.

No pretendo idealizar a Juan con estas líneas, no creo que sirvan las imágenes totémicas para darnos una idea de la importancia de una persona para nosotros. Busco, si, resaltar el compromiso férreo y la honestidad con que Juan llevó adelante su tarea de instructor de residentes. Imágenes y acciones de Juan, que me acompañaron en todo momento en estos años.

Creo que cada residente que se formó al lado de él podría agregar muchos más detalles e ideas mucho más valiosas de las que vertí en esta hoja, por eso también creo que este agradecimiento tiene una profundidad que va más allá de mis escasas palabras e inclusive trasciende al propio Juan ,multiplicándose en cientos de hospitales, cátedras, consultorios de todo el país donde haya alguien que haya pasado por esta experiencia de vida que se llama Residencia, a la que Juan dedicó lo mejor de su vida.

Efraín

Entre Brújulas Y Pájaras

Tengo más años de ejercicio docente que de médico, esta idea siempre me reconfortó y por otro lado me ha dado identidad. Desde que di la primera mesa de anatomía hasta mi finalización como instructor de residentes de Clínica Médica pasaron algo así como veintiséis años. Ni mucho ni poco, pero se me representa como un interesante número que invita a pensarse y mirar con cierta tranquilidad y hasta con curiosidad lo andado. Sin duda, mi tiempo como instructor de Clínica Médica ha representado una valiosa y deseada etapa, en donde crecí como docente y como clínico de una manera desmesurada. Pude intuir que toda mi formación docente estuvo apuntada a desempeñar ese rol, sentimiento quizá exagerado pero honesto al momento de sentirlo y vivirlo.

Creo que es necesaria una profunda transformación en los paradigmas de la educación médica, que comienza con repensar nuestra tarea y objetivos, y esta acción nos lleva a repensar también nuestra disciplina, la Clínica Médica.

Este recorrido fue un pensar en voz alta que docentes y que clínicos pretendemos ser, y que pretendemos dejar de ser también y necesariamente.

Estas páginas fueron escritas inspiradas en muchas horas de diálogo con residentes y jefes de residentes entre los años 2008 y 2018, cada una de ellas representa ideas y prácticas que no surgieron de mí y por ende no me pertenecen en su totalidad. Soy el que decidió darle forma escrita a esas ideas, pero no soy su autor. Quienes llevaron adelante cada una de las propuestas, proyectos, clases, trabajos, fueron los y las Residentes de Clínica Médica del Hospital "San Roque" de Gonnet, autores y autoras de este libro a los cuales les sigo agradeciendo.

Efrain

Las Ideas de la Práctica

Pensar la Residencia

Direccionar la Residencia

Los Ejes Direccionales

Extensión y Contexto

Educación Clínica en Servicio

La Reunión de Equipo

La Residencia como Grupo

Los Ateneos Centrales

Investigación y Residencia

El Consultorio de Residentes

El Ateneo de Consultorio

El Programa de Semiología para Residentes

El Taller como Eje Didáctico

Las Actividades Académicas

La Residencia en el Primer Nivel de Atención

Bibliografía

Anexo 1: El Consenso Semiotécnico

Anexo 2: La Evaluación de la Semiotecnia

Anexo 3: La Propuesta Pedagógica Oficial

Pensar la Residencia

Osler a principios del siglo pasado hace nacer esta forma de aprender a ser Médico Clínico en función asistencial y con un tutor o tutores que guían ese aprendizaje, es decir, dio inicio al núcleo central de lo que son actualmente las residencias. Promediando la década del 40, Tiburcio Padilla en el Hospital de Clínicas, pide que se nombren a médicos residentes en la Cátedra de Semiología de la Universidad de Buenos Aires, con remuneración y nombramiento por concurso. Luego vendrá la institucionalización en el sistema público de salud de los residentes. En La Plata a principios de la década del 70 se forma la primera residencia de Clínica Médica en el Pabellón Rossi del Hospital "Gral. San Martín" de La Plata, en la que su primer instructor fue Juan Sánchez.

En esta línea histórica está el eje más importante de la formación en una residencia que es la formación en servicio, es decir asistiendo al lado del problema de salud que se plantea de manera cotidiana. Esta cualidad ya está consolidada en todas las unidades de residencias, en las que el médico residente se constituye, hoy, en la base de atención de la mayoría de los servicios de Clínica Médica.

Esta vivencia cotidiana es imprescindible para la formación del médico clínico. Pero no alcanza.

La vivencia debe llevar a la reflexión y la reflexión a la búsqueda de un marco teórico que problematice la práctica y lo pensado de la misma.

Este proceso requiere de un sustento pedagógico, es decir ideológico, que dirija y le de espacios a esta reflexión.

Es así, que nos planteamos **ejes generales y direccionales** sobre los cuales trabajar y que se hagan presente en cada idea o proyecto, lo que invariablemente va a teñir con estos valores al hacer cotidiano del residente y fundamentalmente del grupo.

Los ejes planteados que nos acompañaron en estos años fueron básicamente **cinco**:

Primero, la **DEMOCRATIZACIÓN** de la residencia en todos sus aspectos.

Segundo, la tarea de **REPENSAR LA CLÍNICA MÉDICA**, es decir problematizar la disciplina y fundamentalmente el “ser clínico”, desde una **visión crítica** de lo dado y del modelo clínico en general. **Crítica de la praxis Clínica**, implica analizar y poner en crisis tanto la práctica clínica como el marco teórico que la sustenta y surge de ella.

Luego, un trabajo y una atención permanente en la búsqueda de **INNOVACIÓN PEDAGÓGICA**, con nuevas didácticas pero también con nuevas objetivaciones generales.

Reforzando el eje anterior, prestamos atención a la reflexión docente, rol que cada residente cumple, por ello generamos espacios para la **FORMACIÓN PEDAGÓGICA**.

Por último, la **INVESTIGACIÓN CLÍNICA**, como hecho inseparable de la asistencia y la formación pedagógica.

Estos ejes direccionales **deben atender y respetar los DDHH en general y los involucrados**.

Nos propusimos que cada actividad, propuesta, idea, estén atravesadas por estos ejes, a veces de manera homogénea y con paridad de fuerza de cada uno, a veces unos ejes más potentes y salientes que otro, pero siempre nos planteamos que n nuestras actividades:

Sean democráticas

Sean un aporte a la construcción de una idea de ejercicio Clínico amplio y abarcador, desarrollando una visión crítica de la disciplina.

Sean innovadoras en términos pedagógicos.

Sean insumo para la formación docente y en investigación clínica.

Traducido en preguntas, frente a cada vivencia pedagógica que planificamos nos preguntamos:

¿Es una actividad que aporta a la vida y visión democrática de nuestra residencia?

¿Favorece una visión crítica de la Clínica Médica, sus marcos prácticos y teóricos?

¿La forma, la didáctica, está en consonancia con los otros ejes?

¿Puede generar espacios e ideas de investigación?

¿Aporta a la formación docente del residente?

¿Estas vivencias o actividades, atienden y respetan los Derechos Humanos involucrados?



Desde mi punto de vista **la tarea central del instructor/tutor** es velar por el cuidado de estos ejes direccionales interviniendo en el diseño y planificación de las actividades/procesos/vivencias en conjunto con lxs jefes y en discusión abierta con todxs los residentes.

Con este marco direccional pedagógico/ideológico relataré la experiencia en nuestra residencia.

Direccionar la Residencia

Sentarse a discutir entre el instructor, los jefes de residentes, la residencia en su totalidad, es discutir dirección pedagógica e ideológica. Debemos, tiempo antes de plantearnos las actividades en particular, hablar mucho y discutir todo lo que sea necesario, haciendo balances e imaginando el futuro a diseñar.

Direccionar en este sentido significa poner en crisis los siguientes aspectos:

- EL SER MEDICX
- EL MODELO DE RESIDENCIA
- EL SER RESIDENTE
- LA CLÍNICA MÉDICA Y EL “SER CLÍNIX”.

Todo en un contexto, que en este caso es la **Salud Pública y la Educación Superior Médica.**

Aquí entra la necesidad de responder preguntas claves al momento de diseñar la formación clínica:

¿Sobre qué modelo médico edificar una residencia de Clínica Médica?

El “Modelo” en tantas competencias que buscamos desarrollar y estimular podrían ser enumeradas en estas pinceladas de intenciones...

- Emplea el método científico y el trabajo en equipo para su tarea asistencial, docente y de investigación.
- Reconoce y asume la importancia de la investigación básica, clínica y socio epidemiológica en la práctica médica.
- Promueve la salud a nivel individual y comunitario.
- Diagnostica los problemas de salud de la población identificando grupos de riesgo.
- Previene, diagnostica y trata las enfermedades prevalentes y resuelve las urgencias en el primer nivel de atención de forma eficiente, efectiva y humanista.

- Hacer diagnóstico presuntivo de patologías no habituales y actúa cooperativamente e interdisciplinariamente articulando la estrategia de la interconsulta y / o derivación, cuando la situación lo requiera.
- Hace uso racional de las tecnologías diagnósticas y / o terapéuticas dentro de un contexto científico, moral y legal.
- Desarrolla estrategias de aprendizaje autónomo que permitan seguir aprendiendo y perfeccionándose durante toda su vida profesional.
- Orientarse hacia el campo médico que mejor se adapte a sus intereses y a los del medio en que se desarrolla su práctica médica.

¿Sobre qué modelo de Residencia perfilar los valores de nuestrxs residentes?

Nuestra Residencia intentó guiar y guiarse en estos carriles...

- Mantener la integración docente-asistencial, lo que llamamos praxis, como eje formativo, tanto en pacientes internados como ambulatorios.
- Una residencia que muestre al ejercicio de la Clínica Médica como arte y como ciencia.
- Ejercitar el autoaprendizaje como base de la educación médica continua.
- Entenderse como parte de un grupo, del servicio y del hospital.
- Formar y formarse desde el problema activo.
- Premiar la iniciativa grupal o personal, que busque un mejoramiento del sistema de trabajo o aprendizaje.
- Tender a la actividad grupal o colectiva, jerarquizando estas actividades como las más deseadas y de mayor valor.
- Dentro de lo grupal, señalar los valores individuales y estimular su desarrollo.
- Buscar una “ética de grupo”, que tienda a mejorar las relaciones interpersonales
- Generar evaluaciones individuales, grupales y del sistema, en todos sus niveles.

- Una residencia que convierta a cada residente en un docente y en un investigador clínico.
- Lograr un funcionamiento interno basado en el respeto de opinión, sintiéndose cada uno escuchado y valorado.
- Con una Curricula abierta, flexible y participativa.
- Una residencia que participe en actividades conjuntas con otras residencias, con la universidad, las sociedades u otros espacios de encuentro con quienes desarrollan una actividad relacionada con la clínica médica.
- Una residencia que genere conocimiento y produzca material bibliográfico tanto para el pre como para el postgrado.
- Que desarrolle un “estilo” propio de ejercicio de la Clínica Médica.
- Una residencia que construya una identidad de aquel que pasa por ella y genere una impronta en su ejercicio médico posterior.
- Una Residencia que identifique, trabaje, enseñe y aprenda en el marco del respeto y del conocimiento de los Derechos Humanos que la asisten y la obligan.

¿Qué significa ser residente de nuestra residencia?

Pregunta que nos lleva a otras... ¿Cuáles son las características sobre las cuales vamos a trabajar durante el año o durante toda la instructoría?, ¿Qué valores vamos a sostener como médicos y médicas de un Hospital Público? ¿Qué Clínica Médica queremos ejercer y como transformarla para que sea un ejercicio pleno de nuestro “ser clínico”?, preguntas que sirven solo para empezar.

Quisiera en este punto delinear los caracteres generales que pretendimos resaltar durante la formación clínica de nuestra residencia...

Trabajamos para lograr un residente que se sienta cuidador y garantía del respeto a los derechos humanos de los pacientes, en tanto agente del estado que es y representa.

Un Residente que se entienda como parte de un grupo, y para el que sus propios intereses no se hallen por encima del interés grupal.

Que se sienta y entienda como miembro de una residencia que forma parte de un Servicio de Clínica Médica y a su vez de un Hospital Público. Todos enlazados por el interés común del cuidado del derecho a la Salud de la Población.

Un residente que entienda su práctica médica como una tarea solidaria, comprometida y ética.

Que tome su propia formación como un deber. Y que sea también un deber formarse científicamente, con una visión crítica y problematizadora, siempre apuntando a respetar el interés del paciente por encima de cualquier otro.

Que entienda a la docencia por parte inseparable de su “ser y estar “como residente, y que ello lo lleve a un camino de reflexión sobre su práctica como docente en un camino hacia el bien común y grupal.

Que la investigación sea una herramienta para generar conocimiento genuino y honesto sobre algún punto que redunde en la buena práctica docente y asistencial de la Residencia, o como aporte al conocimiento clínico general.

Que se forme en el paciente en situación de internación, ambulatoria, de emergencia, domiciliaria y/ o inserto en la comunidad, que lo lleve a replantearse los márgenes de la clínica Médica y su propia práctica.

Que participe activamente en el diseño curricular de la residencia.

Que construya en sus años de paso por la residencia una responsabilidad hacia los colegas residententes que tienen menos tiempo en ella, y también hacia los que aún no entraron pero van a ser receptores de su construcción actual.

Y una última pregunta obligada para delinear los ejes de una residencia de Clínica Médica:

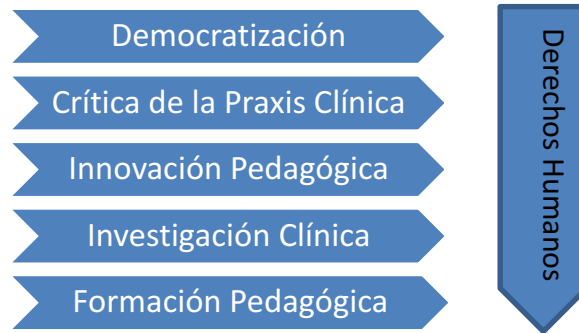
¿Qué Clínica Médica queremos ejercer y enseñar?

Delimitación de la Clínica Médica:

- Médico especialista en adultos.
- Enfoca al paciente en su totalidad individual, familiar y social
- Es responsable del paciente y lo asiste en forma continua e integral.
- Es un profesional formado que resuelve problemas utilizando el método clínico
- Debe tener criterio en conocimiento y prácticas para asistir pacientes en situación de emergencia, ambulatoria, internación, domiciliaria e inserto en la comunidad.
- Coordina la atención médica y articula con otros agentes de salud.
- Desarrolla acciones de prevención , curación y rehabilitación.
- Es el “médico de cabecera”.
- Formado integralmente en aspectos médicos y humanísticos.
- Presta especial atención a aspectos comunicacionales con el paciente y su familia.

Los Ejes Direccionales

Decíamos que el desarrollo de la planificación curricular de la residencia lo planteábamos dentro de un marco genera, que por su dinamismo y su rol dinamizador a su vez, lo describimos como ejes direccionales atravesados por una intención más abarcativa que le da sentido a todos los demás y que en nuestra residencia se constituyó en la atención a los Derechos Humanos involucrados en cada gesto pedagógico y planificación docente/asistencial / de investigación.



¿Qué significa Democratizar la vida de una Residencia de Clínica Médica?

Debe ser la tarea inicial de aquellos que tengan la responsabilidad de conducir la planificación de una residencia de Clínica Médica, analizar la forma en que se decide y se toman decisiones en el seno de la misma. Atender a los mecanismos de decisión y toma de decisiones es analizar las características del proceso, con el fin de profundizar su democratización. Sin un ambiente de respeto al otro y de escucha permanente por todos los integrantes, pero fundamentalmente, con los que tienen responsabilidad de conducción del proceso es improbable que las actividades propuestas y las ideas que se quieran implementar tengan el vigor y el alcance deseados.

Democratizar la residencia implica que todas sus **actividades grupales** tengan la característica de ser espacios de crecimiento de manera desjerarquizada, horizontal signada por el diálogo entre todas las partes, pero fundamentalmente que tengan fuerza de cambio y de transformación.

Dar espacios de discusión, en las que al final de las cuales no se tomen acciones es, por lo menos, quedarse a mitad de camino.

El Instructor y lxs jefes de residentes deben planificar atentos a lo hecho hasta el momento y a las necesidades asistenciales y académicas planteadas por el grupo.

El consenso es, en mi experiencia, el mecanismo más genuino y más aleccionador de estos espacios de discusión y reflexión. En el consenso se busca un acuerdo común, un consentimiento grupal para llevar adelante una decisión. No se toman decisiones por

mayoría simplemente, sino cada uno acercando posiciones al lugar argumental del otro lo que obliga a dejar en el camino posturas menos valiosas y acercarse cada uno a un núcleo de acuerdo común.

Buscar didácticas, es decir técnicas pedagógicas, que tiendan a la discusión abierta, con flexibilidad de temas, alejadas de la clase expositiva o magistral, donde el centro sea el debate y no el dato solamente, representa también un aporte a la democracia interna de una residencia.

Uno de los momentos claves, en la vida académica de una residencia, se da de manera paulatina, larvada, en el que el residente que ingresa ya lo ve como algo planteado e inamovible. Este momento es en el que se decide que **fuentes bibliográficas** se toman como legítimas y cuáles son las que se van a consultar para formar el cuerpo de conocimientos científicos que van a guiar el accionar profesional del grupo de residentes. Buscar fuentes que problematicen temáticas vinculadas a nuestra realidad asistencial, de manera honesta, sin interés económico, es también aportar a la democracia interna.

Trabajar **la identidad** de la residencia, conociendo su historia, su lugar en el servicio, el hospital y en la salud pública. El entendimiento del **residente como trabajador** de la salud al igual que todos los que comparten su espacio labor, es construir democracia también.

De este entendimiento del residente como trabajador de la salud, surge o , dialécticamente, colabora en su origen, la participación de la residencia en todo lo que signifique la **defensa gremial** de su espacio de trabajo y de todo lo que tenga que ver con mejorar la salud pública y la educación superior,

Un momento clave en el que se expresa esta democrática voluntad colectiva es **la elección de los jefxs de residentes**. Creo que todos los residentes deben participar de la elección de jefes, tanto los colegas rotantes como los de clínica médica en todos sus niveles (Actualmente de Residentes de Primero hasta los de 4to), ya que todos tienen derecho y obligación de pensar la residencia y pretender lo mejor para ella. Y en este acto están todos involucrados. En mi caso particular siempre me he auto excluido de participar de la

elección, ya que mi intención siempre fue que los jefes electos se sientan plenamente y solamente respaldados por sus pares al ser elegidos. La Legitimidad de los jefes se apoya en este acto eleccionario, que en nuestra residencia siempre fue universal, obligatorio y secreto.

Entonces, para nosotros:

Democratizar implica ejercitar el en todas las instancias de la vida de la residencia un diálogo respetuoso y atento.

Democratizar implica optar por didácticas abiertas, flexibles y participativas.

Democratizar no es escuchar y decidir por mayoría, sino por consenso, en el que cada uno deja algo en el camino y se acerca al otro con algo común.

Democratizar no es votar una vez al año jefes, sino una construcción colectiva cotidiana.

Democratizar es buscar una identidad de grupo, por historia y caracteres.

Democratizar es promover el entendimiento del residente como trabajadrx de la salud.

Hacia una Crítica de la Praxis Clínica:

Es también fundamental pensar y reflexionar sobre el contenido teórico práctico de la Clínica Médica que se ejerce en la residencia.

¿Los contenidos de las actividades están en consonancia con nuestra práctica clínica?

¿Qué teoría buscar para enriquecer la práctica clínica?

¿Se analizan aspectos integrales de la Clínica Médica, tanto con la Clínica Ambulatoria, de Internación, Domiciliaria, de emergencia, comunitaria?

Aparte de los tradicionales aportes de las especialidades al cuerpo teórico/práctico de la clínica... ¿Se incorporan aspectos provenientes de la Atención Primaria, de la Medicina de Familia, de la Medicina General? ¿Es necesario?

¿Qué nuevos interlocutores buscar en nuestras actividades teóricas?

Estas son algunas preguntas que pueden generar una discusión en el sentido de la crítica de la Praxis, el objetivo finalmente consiste en pensarnos como clínicos y entender a nuestra disciplina como un campo teórico/práctico en movimiento, que nos exige analizar de qué manera la estamos enseñando y aprendiendo.

Nuestra cotidianeidad al igual que las exigencias asistenciales del hospital, hicieron que muchas de las actividades estuvieran dirigidas hacia el paciente en situación de internación o emergencia. Este fue el primer “diagnóstico” en relación a que clínica estábamos ejerciendo, por otro lado nuestras fuentes bibliográficas, nuestra tarea de investigación, al igual que las actividades de formación clínica estaban también, y de manera lógica, orientadas a ese sector de la praxis clínica. Enriquecer la práctica y la teoría con otros aspectos no transitados de la Clínica Médica fue una de las tareas centrales de mi paso como instructor de la residencia.

Entonces poner en crisis la Praxis Clínica implicó en nuestra experiencia...

Analizar qué aspectos de la Clínica Médica estábamos desarrollando y cuáles no.

Analizar que bibliografía consultábamos y si se ajustaba a nuestra realidad y necesidad formativa y asistencial.

Poner el foco no solo en la Clínica Médica que hoy ejercemos, sino también en la que vamos a ejercer por fuera del sistema hospitalario/de residencia.

Buscar en otros marcos teóricos respuestas que surgieron de estas interpelaciones.

Enriquecer con aspectos de Atención Primaria, Medicina General, Medicina Familiar, Salud Pública nuestros marcos teóricos y prácticos.

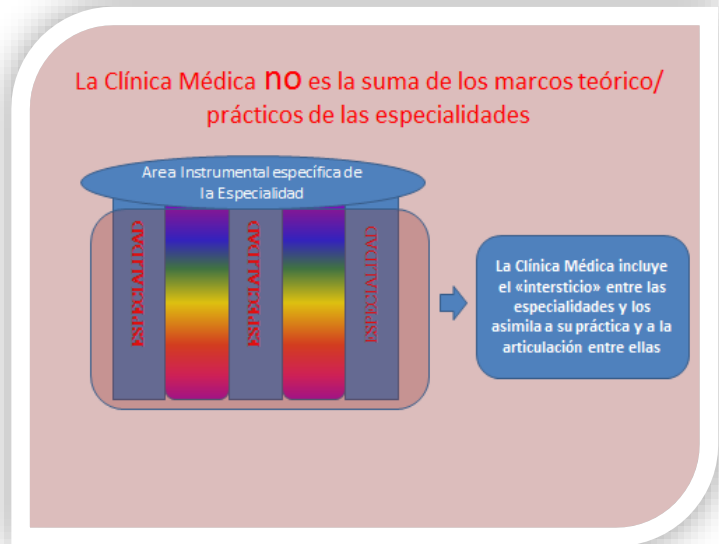
Desarrollar nuevos (o aún poco desarrollados) escenarios formativos, tales como el Consultorio, el domicilio, los Centros de APS, la comunidad.

Agrego dos esquemas conceptuales que nos sirvieron para graficar lo que pensamos al respecto.



Analizar y descubrir ese “intersticio”

forma parte de al tarea de analizar la clínica medica en la actualidad. Aspectos vinculados con la comunicación en clínica médica, la esfera psico-social, el estudio de la entrevista clínica, el análisis crítico de la literatura médica clínica, la relación medico/paciente/familia, al igual que contenidos vinculados con los derechos del paciente, a la salud, la prevención cuaternaria, la relación con la industria farmacéutica, son algunas áreas que nosotros hallamos y desarrollamos en las actividades formativas.



Nos resultó común ,entre nosotros, decir que **“Clínica no es el Harrison”**, esa es fue la tarea de nuestra crítica.

¿Qué significa innovar en pedagogía médica?

En nuestra idea de innovación curricular incluimos todo gesto o decisión tendiente a incorporar aspectos didácticos o curriculares en general, que anteriormente no ha sido

desarrollados o planteado.s pero que a la luz de otras nuevas objetivaciones se hacen necesarios.

Innovar no representó para nosotros la idea de inventar, sino de incorporar o hacer mas enriquecedora la acción pedagógica.

Nuestra premisa fundamental fue la de tratar de desarmar todo lo que , en nuestro caso, traíamos incorporado del paso por la facultad. En el que han predominado curriculas rígidas y didácticas poco dialoguistas, en general.

Si uno busca una currícula abierta, flexible y participativa, y por ende, médicos y médicas con una práctica democrática y atenta a los derechos, las didácticas deben ir en ese sentido.

Así, pierden fuerza las clases expositivas/magistrales y se da lugar a otras formas pedagógicas mas complejas y, muchas veces, impredecibles en su desarrollo.

Pudimos, en esta búsqueda desarrollar distintas formas de abordar los temas y las problemáticas clínicas.

El Rol Playing, los diálogos con expertos, los ateneos de discusión clínica, el análisis de consensos, el pasaje de sala semiológico, y otros, son ejemplos de innovaciones..

Pero, sin duda, los hechos mas importantes y de mayor impacto pedagógico en tanto innovación fueron los siguientes:

- 1) La incorporación del **Taller** como herramienta básica de la mayoría de las actividades.
- 2) **Las modificaciones en el desarrollo de los Ateneos Centrales.**
- 3) **El desarrollo de un Programa de Semiología para Residentes de 1er. Año.**
- 4) La dinámica de los **Ateneos de Consultorio**
- 5) **La construcción colectiva de algoritmos diagnósticos y terapéuticos en Clínica Ambulatoria.**
- 6) La incorporación de **la Entrevista Clínica** como área de estudio y análisis

- 7) La generación de conocimiento (**investigación**) tomando como sujeto a la propia residencia y residentes.
- 8) El hecho de escribir y publicar **material teórico propio**. (Medio Interno, ECG, Semiología, Consensos en Medicina Ambulatoria).

La innovación es una búsqueda y una acción. Implicar tener en claro los objetivos generales y los ejes por donde van a discurrir esos objetivos, sobre esta idea hallar la herramienta con mayor impacto pedagógico para ese grupo de residentes en ese momento histórico específico y llevarla a cabo evaluando todo el proceso y sus resultados.

Es el corazón que mantiene viva una planificación, la posibilidad de ir cambiando y modificando, agregando lo que falta según las necesidades del grupo.

Investigar en la Residencia

La triada docencia/asistencia/investigación, encuentra su parte menos atendida en el último punto. Por lo menos esa es la experiencia empírica recogida en las residencias de Clínica Médica en general.

Siempre nos guiamos con la idea de que la investigación significa generación de conocimiento propio y genuino, y que su direccionalidad debe estar dada por alguna necesidad específica de la residencia/Servicio en ese momento histórico particular en que se plantea una línea de investigación.

Creo que la tarea de investigar, y sus acciones aliadas que son la publicación y/o su presentación a la comunidad científica, se ve favorecida en aquellas residencias cuyos servicios tienen esta tradición o práctica, incluida en su quehacer asistencial a lo largo de su historia.

Siempre es difícil para un grupo de residentes, que pasan por distintos momentos dentro del lapso de la residencia, con diferentes necesidades y formación, generar líneas de investigación, mas aún con el hecho germinal de que el/la residente es un miembro

pasajero del servicio en la mayoría de los casos, haciendo mas difícil el sostén de proyectos a largo plazo en el que se busquen resultados en base a cualquier tipo de intervención.

Por ello es muy importante preguntarse. ¿Qué conocimientos son necesarios generar para mejorar nuestra práctica? Y ¿ Con que recursos contamos para llevarlo adelante?. Estas preguntas deben ser motivo de debate en el seno de la residencia y todos deben opinar y mostrar su punto de vista.

A pesar de las dificultades, todos los niveles de la investigación clínica pueden ser llevados adelante con participación de los residentes y de la residencia en general.

Las decisiones que tomamos en esta área fueron las siguientes:

- a) **Dejar de publicar y presentar Reportes de Casos y Aportes a la Casuística.**
- b) Al optar por **trabajos biomédicos los diseñamos bajo la forma de “serie de casos”**
- c) Desarrollamos mas trabajos **retrospectivos y descriptivos.**
- d) **La residencia/Los residentes fueron objeto de análisis** de muchos trabajos al igual que el **proceso pedagógico.**
- e) **La práctica ambulatoria fue objeto de estudio** para arribar a diagnóstico de situación.

Hay dos puntos muy importantes que enmarcan a los demás: por un lado la necesidad de tener bases de datos informatizadas, claras, accesibles y ajustadas al interés de obtener referencias estadísticas y , por otro, la formación en investigación clínica que debe tener un grupo de residentes que quiera generar conocimiento.

La residencia como espacio de formación docente:

En una residencia, nadie escapa al acto docente, todxs desde el momento del ingreso se hallan aprendiendo y enseñando de manera simultánea y dialéctica. Con o sin experiencia previa, con conciencia de rol o sin ella. Todxs somos docentes de todxs.

Por ende, es función del instructor y de quienes tengan responsabilidad de conducción, la de visibilizar este rol docente del residente, fortalecerlo, darle un marco y sustento teórico o filosófico o ideológico, al igual que estimular la acción docente formal tanto dentro de la residencia como en el ámbito universitario.

Formar en el rol docente no implican clases ni textos de pedagogía, sino dar espacios para discutir el desarrollo de esta tarea, sus dificultades y como avanzar pedagógicamente.

Estimular la participación de los residentes en Cátedras de Clínica Médica es una herramienta valiosísima para mejorar el funcionamiento de una residencia dando un salto cualitativo sustancial.

En este sentido nuestra acción estuvo centrada en:

- a) La discusión, en cada reunión de equipo o grupal, de las actividades en tanto **hechos pedagógicos**.
- b) Generar **actividades que problematicen la tarea docente específicamente en el área de la salud**. (actividades integradas con miembros de la facultad de Humanidades/Educación)
- c) Fundamentalmente generar y mantener en estos años una **comisión de alumnos vespertina de una Cátedra de Clínica Médica** sostenida exclusivamente por miembros de la residencia.
- d) **Generar conocimiento en relación a nuestra tarea docente**.

Los DDHH en la formación del Residente

Cuando puntualizamos que todos los ejes direccionales están injeridos por la visibilización, análisis y defensa de los derechos humanos intervinientes, estamos también resaltando el rol del residente como agente del Estado en términos de actor que garantiza su ejecución y cumplimiento, al igual que la denuncia de su violación.

La/el residente tiene una acción central y protagonista en el rol estatal de garantizar la permanencia del “contrato social” rousseauano, hoy patentado en la declaración Universal por los DDHH. Por otro lado, tiene un lugar privilegiado en el equilibrio e interacción entre el Estado y la Salud, Educación y DDHH, en tanto el residente brinda asistencia, a la vez que se forma en esa misma acción, siendo la población, la comunidad el fin de su trabajo.

Siendo el cumplimiento a las obligaciones contraídas en materia de derechos humanos el rol mas importante y básico del estado, el residente, en tanto agente del mismo, representa una garantía para la población de su ejecución y cumplimiento.

Por ende, es inadmisibile que no se incorporen herramientas o que no se generen espacios de discusión para analizar aspectos vinculados al trabajo del médicx en formación en un hospital público y los derechos humanos involucrados.

De allí que elijamos la perspectiva de los derechos humanos para ver a través de ella a todos los ejes planteados anteriormente. **En los actos de democratizar, generar una visión crítica, investigar, formarse o innovar pedagógicamente , hay derechos que visibilizar, promocionar y sostener.**

Pensar y poner en marcha los ejes direccionales pedagógicos a través de la lente de los DDHH, nos lleva al desarrollo de competencias profesionales de las llamadas actitudinales o vinculadas a la “profesionalización” del medicx clínicx, tales como aspectos éticos, identificación de lo justo, valores y aptitudes referentes a la paz, a la convivencia, la práctica de la democracia, civismo y responsabilidad social en tanto profesional de la salud.

En nuestra experiencia las acciones vinculadas con profundizar esta perspectiva se podrían delinear en estos gestos realizados:

a)Primero, la decisión pedagógico/ideológica de que cada diseño curricular en cualquiera de los ejes direccionales propuesto se vincule con la atención a los derechos humanos involucrados.

- b) Realización de Talleres sobre DDHH y Residencia.
- c) Realización de Talleres sobre Género y Residencia.
- d) Actividades centradas a analizar la Entrevista Clínica desde la perspectiva de los derechos del paciente.
- e) Talleres sobre derecho a la Salud y Residencia.
- f) Actividades sobre Educación Popular, Salud y Residencia.
- g) Generar espacios para hacer un análisis histórico entre Residencia y Terrorismo de Estado, en relación a los residentes desaparecidos durante la última dictadura cívico-militar.

Bien, hasta aquí la conceptualización de los ejes direccionales de las actividades, al igual que su marco mas amplio, de nuestra residencia y un “arbol de invierno” de las mismas. Intentaré describir con un poco mas de detalle el desarrollo de las actividades que resultaron significativas en tanto "impacto pedagógico" para asi aportar ideas y argumentaciones para la planificación de las actividades teórico/prácticas.

Extensión y Contexto:

Extensión en tanto saberse relacionado con otras estructuras, pero también como acción y compromiso. La extensión tiene que ver con una visión estratégica de la formación de los residentes como grupo estableciendo puentes de comunicación y trabajo en conjunto con entidades, grupos, áreas de la sociedad con los que se puedan entroncar objetivos comunes compartiendo espacios y prácticas docentes y asistenciales.

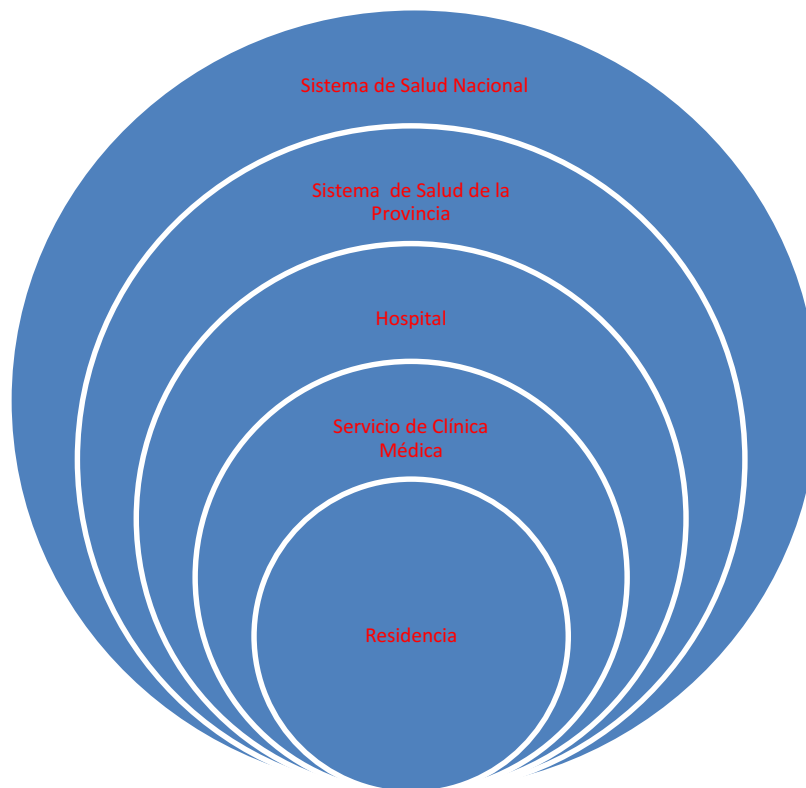
Es función del instructor planificar y acordar estos vínculos institucionales acorde con la direccionalidad pedagógica general.



La idea de Contexto de la residencia es muy básica, pero indispensable. La función docente de educar **con y en** el mundo nos lleva paulatinamente a ir considerando a los márgenes de nuestra tarea de una manera cada vez más amplia y corrediza.

En la medida en que nos entendamos como parte de sistemas y grupos humanos que nos contienen y que a su vez nos incumben es que va a ser más asertiva nuestra toma de decisiones tanto académicas como asistenciales, dándole profundidad y sentido.

Lo primario: entenderse como parte de un Servicio de Clínica Médica. Vuelvo sobre la idea de lo básico de este concepto, pero mi insistencia deriva de conocer lo enormemente positivo de que la residencia trabaje articulada con un servicio compartiendo objetivos y procesos, al igual que el trabajo cotidiano asistencial.



En un paso más adelante en esta intención de enmarcar el proceso de enseñanza aprendizaje de la residencia podemos, debemos, ir más allá en la contextualización a los fines también de respondernos otras preguntas más abarcativas sobre nuestra tarea de educadores en Clínica Médica:

¿Cuál es nuestro compromiso como residencia más allá del hospital y del sistema de salud?

¿Cuál es nuestro compromiso con la realidad social del país tanto en salud como en otros aspectos?

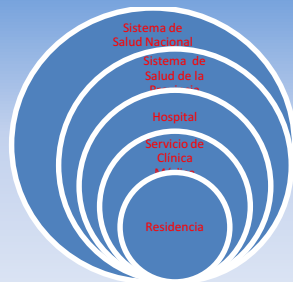
¿Qué influencias reconocemos como constructoras de nuestra identidad como médicos y médicas argentinos?

¿Cuál es nuestro aporte a la humanidad?

Entonces...

En un mundo, que nos obliga a pensar en la humanidad como el fin último y siempre presente de nuestra tarea

En una Patria Grande Latinoamericana, que le da identidad a la formación médica de posgrado .argentina.



En un país, cuya realidad obliga al compromiso social de la residencia y de la Educación Médica con los

Cada uno de estos contextos yo creo que se ponen en consideración en todos los aspectos asistenciales, docentes, de investigación y de cualquier otro que la residencia se plantee como tarea médica y formativa.

Toda planificación, actividad académica, trabajo de investigación, al igual que el acto de asistir a un paciente, están teñidos de estos conceptos y márgenes. El residente atiende con una idea de salud, de país, de humanidad.

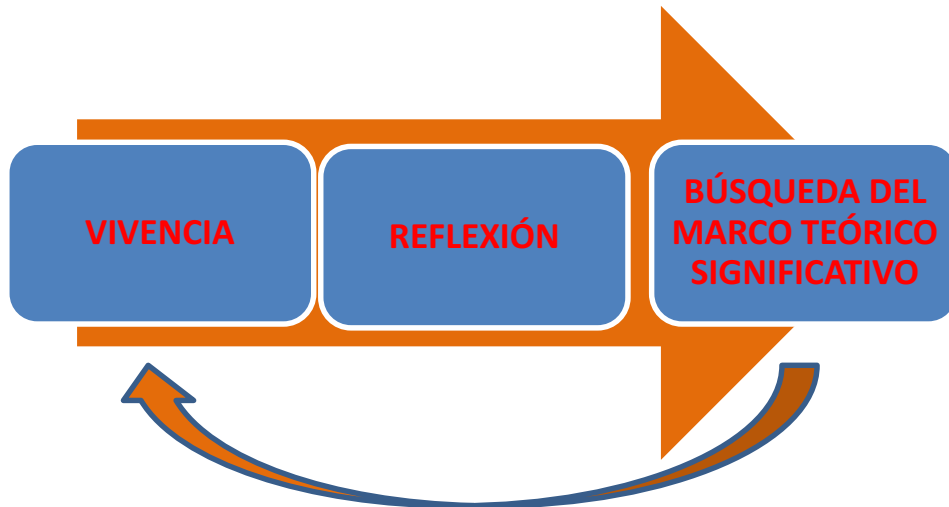
Diríamos así que nada de lo humano nos es ajeno al momento de formar y educar en medicina, ya que, cambiando la célebre frase, quien solo medicina sabe, lo que practica no es medicina.

La Educación Clínica en Servicio

La naturaleza de la formación del residente en Clínica Médica tiene su núcleo en su ser trabajador de la salud dentro de un sistema, público en nuestro caso, que lo contiene, lo define y lo condiciona.

El residente se forma en servicio, no en términos de lugar, sino sirviendo, ejerciendo la profesión y la especialidad. No es una Enseñanza basada en problemas, tampoco una formación basada en las competencias. Es una educación basada en la vivencia, cuyo análisis y reflexión, llevan al encuentro con las competencias en juego y obligan a un plan curricular contextualizado a lo vivido cotidianamente.

De allí surge la necesidad de diseñar currículas en torno a lo prevalente, atentas a los aspectos comunicacionales y biomédicos que atraviesan la vivencia. También esta particularidad obliga a un diseño curricular abierto y flexible, al igual que profundizar las vías de diálogo con todos los estamentos de los residentes con el fin de ir “censando” las necesidades formativas del grupo.



*La Educación Clínica en Servicio es **una Educación Basada en la Vivencia.***

De la Reflexión de esas vivencias se desprenden, entre otras cosas, las competencias que se incumben en esa praxis, muchas de ellas ya preestablecidas en los diseños curriculares, pero otras que se deben incorporar ya sea como nuevas o como modificaciones de anteriores.

Sin embargo, no adherimos en nuestra práctica docente de posgrado al espíritu de la Educación Basada en las Competencias, ya que suponen una valoración previa de lo que se quiere conseguir con el médico o médica en formación con poco margen para la modificación y ,fundamentalmente ,de manera descontextualizada a las diferentes vivencias de cada escenario formativo y de cada lugar donde la necesidad de incluir una competencia parece desprovista de la de valorar la historia y los protagonistas de ese escenario.

Por otro lado, las competencias en general esgrimidas como deseables o necesarias tienen un carácter individualista propio de estas formas de ver la educación médica, donde el individualismo y las valoraciones meritócratas se exponen claramente desde los diseños curriculares hasta en las formas de evaluar los resultados (portfolio, etc).

Nos fue necesario visibilizar competencias grupales, a la par de las individuales, acorde con las particularidades que adopta la formación de un grupo de residentes de Clínica Médica.



Identificación de las competencias como resultado de la Educación Clínica en Servicio

Las competencias profesionales tienen, en general, componentes de conocimientos, de habilidades o de actitudes, aunque en general alguno de estos predomina sobre el otro.

En la **competencia** individual y grupal se hallan involucrados:

- Un saber
- Un hacer
- Un estar
- Un ser
- Un compartir

Para ello es necesario:

- Aprender a aprender
- Aprender a hacer
- Aprender a convivir
- Aprender a ser.
- Aprender a enseñar

Así, con estas bases, se construye el **mapa de competencias para el ejercicio clínico**.

Competencias Individuales:

COMPETENCIAS RELACIONADAS CON “LO QUE TIENE QUE SABER Y HACER”

- a) Competencias en ciencias básicas
- b) Competencias en ciencias clínicas
- c) Competencias en habilidades clínicas
- d) Competencias en procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- e) Competencias en promoción de la salud y actos preventivos
- f) Competencias en ciencias sociales aplicadas a la clínica

COMPETENCIAS RELACIONADAS CON “COMO TIENE QUE HACERLO”

- a) Competencias para la comunicación
- b) Competencias para el Juicio clínico, razonamiento clínico y toma de decisiones
- c) Competencias para el manejo de la información y documentación científica.

COMPETENCIAS RELACIONADAS CON “QUIEN LA TIENE QUE HACER”

- a) Competencia vinculada a la Responsabilidad personal, ética y legal.
- b) Competencias como trabajador de la salud y profesional del sistema de salud de un país.
- c) Competencias para su desarrollo profesional y educación médica continúa.

Competencias del grupo de Residentes:

El grupo debe demostrar competencias en tres áreas:

1) En tanto Grupo

- 2) En tanto Clínicxs en formación**
- 3) En tanto Profesionales de la salud**

1) En tanto Grupo debe ser capaz de:

- a) Trabajar en Equipo
- b) Trabajar Multi y Transdisciplinariamente
- c) Llegar a acuerdos en relación a la forma de trabajo en los distintos escenarios formativos.
- d) Lograr un ámbito de discusión y toma de decisiones democráticas.
- e) Respetar toda diferencia hacia con cualquiera de sus miembros

2) En tanto Clínicos en formación deben ser capaces de :

- a) Planificar, llevar adelante y cumplir con metas docentes asistenciales o de investigación pautadas por el conjunto.
- b) Colaborar en la planificación docente y en su ejecución a lo largo de los ciclos académicos.
- c) Reflexionar e innovar en lo relacionado al trabajo asistencial, docente y de investigación.
- d) Generar conocimiento y material de estudio para ser utilizado como fuente en la residencia y ser publicado y expuesto a la comunidad médico científica.
- e) Evaluar el cumplimiento de lo planificado y cambiar en relación a las conclusiones.

3) En tanto Profesionales de la Salud:

- a) Preocuparse y participar activamente en todo lo concerniente a la residencia como sistema formativo del sistema de salud.
- b) Logra articularse como grupo en los distintos estamentos hospitalarios con fines asistenciales, académicos o de investigación o gremiales.
- c) Demostrar capacidad e interés para articular a la residencia con sociedades científicas, facultades, universidades, otras residencias.

- d) Demostrar independencia de cualquier interés que no sea el interés del paciente o la comunidad donde desarrolla su tarea asistencial.
- e) Entenderse como “cuidadores” de los DDHH vinculados a su tarea asistencial, docente o de investigación.



Mapa General de competencias en una Residencia de Clínica Médica

Como **síntesis** de estas reflexiones diré que la residencia es el más claro ejemplo de la formación médica en servicio, tratar de cuadrar este ejercicio en problemas, competencias, planificaciones, es tan arduo como imposible. Es la vivencia la que transforma al médico y la médica en formación, las reflexiones que construyan sobre ella los llevarán a buscar el soporte teórico necesario para actuar sobre la realidad. De este análisis surgen los problemas y las competencias que se ponen en juego. Proceso que nosotros preferimos denominar **Educación Clínica Basada en la Vivencia**.

La Reunión de Equipo

Objetivo Central: *Generar un espacio de discusión horizontal, desjerarquizada y democrática en el que se planteen los distintos aspectos de la vida de la residencia en tanto intereses grupales, en el campo pedagógico, asistencial, de investigación, gremial etc.*

Lo entendemos como el núcleo central y la garantía de la democracia interna de la Residencia, la forma en que se plantearon estos encuentros fueron variando, pero sin duda la experiencia de la vinculación de nuestra residencia con las actividades académicas y asistenciales de los CAPS le dio mayor dinamismo e identidad.

Las reuniones de equipo están inspiradas en los encuentros multidisciplinarios que el equipo de salud sostiene a nivel de APS en los centros de atención primaria, donde la participación incluye a otros agentes de salud aparte de los médicos y médicas.

Nos las planteamos de manera mensual, con participación de todos los estamentos de la residencia, ocupando toda la actividad académica, con una agenda mixta, en parte con un temario ya establecido previamente y por otro lado con uno que se construye en el momento a solicitud de lxs residentes presentes. Un/a residente oficia de coordinador, garantizando el uso democrático de la palabra y el cumplimiento de que la discusión se enmarque dentro de los objetivos propuestos, y un secretarix que lleva adelante el registro en actas de la discusión y la toma de decisiones.

Es deseable que cada discusión culmine con una acción o resolución arribada por consenso dándole a estas reuniones de equipo de la residencia un carácter y una función ejecutiva ,y no solo de discusión, que si no se direcciona hacia una toma de decisión corre el riesgo de ser meramente catártica o anecdotaria.

Los Ateneos Centrales:

Objetivo: *Realizar un ejercicio de discusión clínico en torno a una vivencia de la residencia a partir de un paciente que esta o estuvo internado.*

Los ateneos centrales los llevamos delante de manera semanal o quincenal y participa toda la residencia.

El ateneo anatómoclinico tradicional fue y sigue siendo **un espacio clave** para la formación del médico clínico en el ámbito del posgrado. Las residencias de Clínica Médica, en su mayoría, sostienen esta práctica de manera regular, con un **alto impacto pedagógico** en varios de los aspectos de la formación profesional integral y no solamente en el marco de la disciplina específica. Sin embargo varios elementos de la práctica docente actual, al igual que los cambios que la clínica médica ha tenido, tanto en sus alcances conceptuales como prácticos, han llevado a un cuestionamiento metodológico y teleológico de esta valiosa herramienta formativa.

Prestamos especial atención en todos estos años a el desarrollo de los ateneos y a pensarlos a los fines de ir puliéndolo y enriqueciéndolo en cada uno de sus pasos, ya que lo entendemos como un lugar de encuentro en que aprendemos entre todos la forma en que la residencia toma caminos de razonamiento para abordar y resolver un problema clínico. De los ateneos surge el “estilo”, la “personalidad” de la residencia, en tanto grupo asistencial. Se pulen, se conocen, se asimilan las formas de arribar a un diagnóstico y a todas las posibles conductas que de allí se desprenden.

El instructor debe prestar especial y preferente atención al desarrollo del ateneo clínico en tanto proceso pedagógico profundo y complejo, no dando por cerrado ningún modelo de ateneo, sino más bien tomar nota en cada ateneo de lo que falta y hay que mejorar e implantarlo en el próximo bajo la forma de una innovación pedagógica que también va a estar “a prueba”.

Muchas de nuestras innovaciones provienen de otras experiencias de postgrado. Las prácticas innovadoras se evaluaron en reuniones de equipo o de la conducción de la residencia decidiendo su permanencia o no. Las innovaciones se categorizaron según las áreas donde se las aplicó:

a) Preparación

b) Presentación

c) Discusión

d) Síntesis y Actualización.

Innovaciones realizadas:

a) **Preparación y Presentación:** Se seleccionaron pacientes sin diagnóstico final, pacientes con problemáticas ambulatorias y Pacientes con patologías prevalentes.

b) **Discusión:** Se incorporaron espacios para analizar la entrevista y otros aspectos comunicacionales (relación con la familia), se analiza el área psico social del paciente, se utilizaron herramientas de la medicina narrativa, Se utilizó la “Línea de Tiempo” como síntesis de la H.C., se incorporó un espacio para analizar los errores cometidos (Critica de lo actuado). Se analizaron los caminos del razonamiento clínico atrás de cada conclusión o propuesta diagnóstica.

c) **Actualización:** Se actualizaron las temáticas planteadas en la discusión bajo la forma de talleres (grupos de trabajo de 4 a 6 residentes), con el objetivo de responder preguntas o proponer algoritmos, que luego se discutieron en conjunto y con un coordinador que brinda una actualización dirigida.

Viéndolo con un poco más de detalle...

La preparación del Ateneo Central comienza una o dos semanas antes, con la elección del paciente a presentar por parte del grupo coordinador asignado, constituido por un x o más residentes de primer año y otro u otros de 2 do o 3ro. Este grupo coordinador/organizador del ateneo tiene la función de organizar las dos partes en que consiste el mismo. Una primera parte de desarrollo del caso clínico hasta la finalización de la discusión y una segunda parte de actualización o desarrollo de una temática de la competencia del paciente planteado.

Creemos que el arribo del diagnóstico de certeza no es la función central del ateneo, sino la de estimular un proceso de razonamiento basado fundamentalmente en un ejercicio de diagnóstico diferencial y del uso adecuado y adaptado al caso clínico, de los métodos complementarios de estudio.

Realicé, en la mayoría de los encuentros, la coordinación de la discusión clínica graficando en la pizarra los problemas que el caso planteaba y los residentes verbalizaban.

No se realiza en este momento una enumeración desjerarquizada de diagnósticos, sino más bien es una instancia en que se buscan núcleos problemáticos generales, antes que un diagnóstico específico.

Nos alejamos de la Sindromización, que poco ayuda en general y nos acercamos a la **identificación de núcleos problemáticos y problematizadores**, asociando signos y síntomas guiones con datos epidemiológicos del caso clínico.

Y al momento de plantear los diagnósticos diferenciales se intentan ir desde lo más probable y urgente hacia lo más improbable y poco frecuente.

Hasta Aquí la Primera etapa del ateneo.



En el segundo momento del ateneo, se escucha la exposición de los que lo coordinan en la que relatan la forma en que transitaron el mismo camino de razonamiento y toma de decisiones que hizo el grupo en una primera instancia. Aquí se generan nuevas discusiones clínicas y hay dos momentos que quisiera resaltar: El uso de la **“Línea de Tiempo”** y la **“Crítica de lo Actuado”**, como dos innovaciones que nos ha aportado mucho a la organización y al contenido de las discusiones.

La “línea de tiempo” es una herramienta que se utilizó para primero, tener un resumen de la enfermedad actual del paciente y por otro lado discutir sobre esa línea de tiempo el caso clínico aclarando aspectos cronológicos de aparición de los signos, síntomas o de resultados de métodos de estudio.

Se realiza al finalizar la discusión del caso, un análisis crítico de los razonamientos y conductas tomadas a lo largo de la internación o del proceso de atención del paciente. Esta instancia la denominamos “Crítica de lo Actuado” intentando poner en crisis todo el proceso, desde que paciente ingresa hasta la instancia en que se halla actualmente, detectando errores de procedimiento o interpretación que son evaluados por el conjunto de la residencia.

CRÍTICA DE LO ACTUADO

- Baja sospecha de obstrucción de VA como causa de etiología.
- Retirada de ATB prematura.
- Demora en turnos, interconsultas, procedimientos...





Durante los ateneos también se problematizaron otros aspectos que se plantearon como objetivos pedagógicos:

- a) Problematicación de los aspectos psico sociales del paciente y de la situación planteada.
- b) Detención en aspectos puramente semiológicos.
- c) Análisis de la forma en que se llevó adelante el razonamiento clínico del caso clínico.
- d) Valoración de dificultades comunicacionales con el paciente, la familia o el equipo de salud interviniente.
- e) Valoración de los Derechos Humanos afectados o comprometidos en el caso clínico.

La “Actualización” luego del ateneo:

En este tercer momento del ateneo central, se desarrolló históricamente un tema acorde al diagnóstico que emergió del caso clínico utilizando, en general, técnicas expositivas.

Fuimos incorporando nuevas formas de cerrar el ateneo y discutir un marco teórico, a partir de la idea del bajo impacto pedagógico y formativo de estas actividades, idea compartida en las reuniones de equipo y de trabajos descriptivos que llevamos adelante en la residencia al respecto.

La forma que incorporamos fue la de discutir la actualización a través de los “talleres de actualización”

Los “talleres de actualización” son coordinados por el grupo que organiza el ateneo, proponiendo preguntas significativas a responder en grupos de residentes. Cuando un grupo (en general fueron 3 a 5 grupos) contesta una pregunta, presenta la respuesta al grupo y, finalmente, la responde el grupo coordinador. De esta manera se dejan en claro algunos aspectos valorados como significativos para la formación de los residentes en un área específica de la clínica médica planteada en el ateneo.

Esta actividad requiere más tiempo, tanto de desarrollo como de planificación, pero la valoramos como de mayor impacto pedagógico que la actualización tradicional.

Conclusión: Los ateneos de discusión clínica, en el que participa la residencia a pleno y se analiza lo hecho y los resortes de las conductas tomadas, debe ser una actividad programada y desarrollada con la mayor rigurosidad pedagógica, ya que representa, a mi criterio, una actividad con un fuerte impacto formativo en el grupo de residentes visibilizando aciertos, errores y, fundamentalmente, deja ver la “anatomía” del razonamiento clínico que guío la interpretación y la toma de conductas.

Investigar en la Residencia:

Entendemos a la investigación, como un hecho que surge de la necesidad del grupo de responderse preguntas significativas, en el que su respuesta sea un paso transformador en algún aspecto de la teoría o la práctica de la residencia. La búsqueda de estas preguntas significativas, transformadoras, con sentido, nos llevó a alejarnos de manera gradual de

las clásicas presentaciones de casos clínicos, que, en general, no aportan datos transformadores del trabajo de la residencia ni tampoco representan un verdadero aporte a la Clínica Médica. Así, decidimos dedicar más esfuerzo a formularnos y respondernos otras preguntas de mayor impacto para nuestra cotidianeidad.

Esta decisión nos llevó a pensar la experiencia biomédica en términos de serie de casos o de intervenciones terapéuticas y también a comenzar a formular preguntas en torno a nuestro quehacer pedagógico y laboral.

De esta manera surgieron dos líneas de investigación sobre la cual trabajamos fundamentalmente los últimos tres años: Experiencias Pedagógicas y Descripciones de la Situación en la que se halla la Residencia en diferentes aspectos.

Fueron motivo de análisis e investigación: las innovaciones en los ateneos, los talleres en nuestras actividades, el Programa de Formación en Semiología para Residentes, la narración como herramienta, el maltrato en las residencias, el impacto de la tutoría en el consultorio, nuestro trabajo en Clínica Ambulatoria, los pasajes de sala, y otros.

Así como fuimos priorizando esta línea de investigación, también nuestra preeminencia fue la de presentarlos ante nuestros colegas residentes en las Jornadas Interresidencias de Clínica Médica de La Plata cada fin de año y discutir con nuestros pares más cercanos las conclusiones, dificultades y los errores de nuestras experiencias.

¿Qué dificultades hallamos en nuestra Residencia para llevar adelante una tarea de investigación?

Básicamente tres:

- 1) Escaso **Tiempo** disponible
- 2) Poca **formación en investigación clínica**
- 3) Dificultad para el acceso y proceso de los **datos**.

El “Tiempo”: Hay que programar “espacios cuidados” para la investigación, durante el horario de la residencia. Si la investigación es un objetivo, debe haber un diseño que

garantice espacios para que ese objetivo se cumpla. En nuestra experiencia pasamos de espacios semanales fijos a quincenales, para, últimamente, programar reuniones en tanto sean necesarias para el diseño y discusión de los trabajos propuestos.

Si investigar es una política de la residencia, los responsables de la planificación curricular deben programar a lo largo del año encuentros para diseñar, desarrollar y monitorear las líneas de investigación, de lo contrario estas actividades se dan a la deriva, "en los pasillos", "fuera de hora" a merced de voluntades aisladas que son indispensables, pero que no alcanzan para sostener una tarea científica en el tiempo como una Residencia puede y merece.

La Formación: Acompañar la experiencia en investigación con cursos o talleres sobre Investigación clínica o análisis crítico de la literatura médica, fue una herramienta que hemos utilizado en este tiempo. De igual manera, trabajamos en conjunto con colegas con experiencia en investigación clínica y análisis de datos bioestadísticos a los fines de mejorar nuestros proyectos. La tutoría "on line" y las lecturas sobre bioestadística fueron otras experiencias que nos ayudaron y pueden ser útiles.

Los Trabajos:

Finalizo este capítulo enumerando los trabajos presentados por la Residencia desde el año 2009/2016, en los que distingo 3 áreas: a) Los aportes a la casuística b) los de orientación biomédica bajo la forma de series de casos y descriptivos y c) *Experiencias Pedagógicas y Descriptivos* de algún aspecto de la Residencia.

Las Experiencias Pedagógicas y los trabajos descriptivos sobre la Residencia representaron, en conjunto, una línea de investigación que se sostuvo por estos últimos 3 años y fueron, en ese tiempo, más del 90% de los trabajos presentados.

➤ **Reportes de Casos o Aportes a la Casuística:**

- 1) "Insuficiencia Cardíaca Aguda y Acromegalia: Presentación de un caso clínico"
- 2) "Insuficiencia Respiratoria Aguda como forma de presentación de un Coriocarcinoma". **Presentado en el Congreso de Medicina Interna de la Costa Atlántica**
- 3) "Infrecuente forma de presentación de una Histoplasmosis"
- 4) "Sarcoidosis Cutánea: A propósito de un caso clínico ambulatorio"
- 5) "Enfermedad Trofoblástica e Hipertiroidismo: Presentación de un caso clínico" **Congreso de Medicina Interna de la Costa Atlántica.**
- 6) "Paracoccidioidomicosis: una causa infrecuente de mucositis crónica"
- 7) "Hipertensión 2ria a Feocromocitoma de localización extra adrenal" **Trabajo que obtuvo una Mención Especial en las Jornadas 100 Aniversario de la S.M.LP.**
- 8) "Localización Atípica Extra nodal de Linfoma No Hodgkin en un paciente HIV positivo" **Congreso de la SAM.**
- 9) "Dificultad Diagnóstica en un Caso de TBC Ganglionar". **Congreso de la SAM**
- 10) "TBC Intestinal como forma de presentación de la infección por HIV" **Congreso de la SAM**
- 11) "Síndrome de Hoffman como presentación de un Hipotiroidismo" **Congreso de la SAM.**

➤ **Análisis de Series de Casos o Trabajos Descriptivos de problemáticas Biomédicas:**

- 12) "Absceso Pulmonar: serie de casos y valoración de Factores de Riesgo" **Tercer Premio de las II Jornadas Interresidencias de Clínica Médica de L.P. 2009**
- 13) "Formas Clínicas de Presentación de la Infección por HIV en pacientes que requieren internación en Clínica Médica"
- 14) "Búsquedas de Predictores de positividad en cultivos de partes blandas" **Premio al Mejor Trabajo en las III Jornadas Interresidencias de Clínica Médica de L.P. 2010.**

- 15) “Uso del Alendronato endovenoso en una Hipercalcemia Aguda por Hiperparatiroidismo” **Presentado en el Congreso Nacional de la Soc.Arg. de Endocrinología y Metabolismo (SAEM).**
- 16) “Neumonía Adquirida en la Comunidad en una Sala de Clínica Médica: Análisis de los Criterios de Internación “
- 17) “Cetoacidosis Diabética: Parámetros de Evolución”
- 18) “Detección de Depresión en una Sala de Clínica Médica”
- 19) “Tuberculosis Intestinal en una Sala de Clínica Médica: Análisis de una serie de casos”: **Trabajo que obtuvo una Mención Especial en el Congreso Nacional de la SAMIG 2016.**
- 20) “Factores asociados a flebitis durante la internación: Experiencia en el HIGA”San Roque” de Gonnet”
- 21) “Evaluación Nutricional al ingreso en una Sala de Cuidados Generales”
- 22) “Intervención en la Guía Farmacoterapéutica del Hospital para incorporar medicamentos de uso en enfermedades prevalentes”
- 23) “Indicaciones de Tromboprofilaxis en una Sala de Clínica Médica” **Congreso de la SAM 2015.**

➤ **Experiencias Pedagógicas o Descriptivas de la Situación de la Residencia :**

- 24) “Semiología en la Currícula de Postgrado: 7 años de Experiencia en la Residencia de Clínica Médica del Hospital “San Roque “ de Gonnet. (serie de presentaciones actualizadas anualmente. **Presentados en eventos científicos locales y nacionales).**
- 25) “El Taller como alternativa didáctica en los ateneos de la Residencia de Clínica Médica”
- 26) “Visibilización del Maltrato en la Formación Clínica”
- 27) “Innovaciones Pedagógicas al Ateneo Anatómico Clínico Tradicional en la Currícula de la Residencia de Clínica Médica”.**Trabajo Presentado en el Congreso de la SAM.**

- 28) “Es Posible otro Ateneo Clínico?: Nuestra Propuesta Didáctica”. **Trabajo que obtuvo el 3er. Premio del Congreso Nacional de la SAMIG 2016.**
- 29) “Reescribiendo Historias Clínicas: Uso de la Medicina Narrativa para la realización de la Historias Clínicas”
- 30) “Violencia en la Sala de Emergencias del HIGA “San Roque” de Gonnet”
- 31) “Impacto del Acompañamiento Tutorial Académico en las Variables de Resultado Asistencial en el Consultorio de Clínica Médica de la Residencia”
- 32) “Síndrome de Kairós: Aprendiendo del Error Clínico” **Aprobado para su publicación y publicado en la Revista Digital del Sitio Web “docTutor”. Boletín de Educación Médica de la Soc.Española de Medicina Familiar y Comunitaria.**
- 33) “Percepción del Impacto del Pasaje de Sala en Pacientes Internados y Médicos Residentes del HIGA “San Roque” de Gonnet”.

(Todas las series de casos , los trabajos pedagógicos y los que analizaron a la Residencia en general, fueron presentados en las Jornadas Anuales Interresidencias de Clínica Médica de La Plata)

El Consultorio de Residentes

El objetivo central del Programa de Clínica Ambulatoria de la Residencia fue la de convertir al Consultorio en un escenario formativo válido, con impacto pedagógico en el grupo de Residentes.

Condicionantes necesarios para su implementación:

- La decisión y el acompañamiento del Servicio y del Hospital
- Un lugar adecuado y específico para su desarrollo al igual que franjas horarias disponibles y predecibles.
- Personal de Secretaría, para organizar turnos y a los grupos de trabajo.
- Un Soporte Unificado para registrar datos de los pacientes.
- Tutoría directa

- Actividades académicas que acompañen el proceso y la faz asistencial.

Elementos que mejoran significativamente el desarrollo del Consultorio de Residentes:



Creímos ya desde el inicio, que era indispensable formar equipos de trabajo que se mantengan fijos a lo largo de toda la experiencia en el consultorio, que se extiende desde el segundo año de la residencia hasta su finalización. En nuestro caso, una vez por semana desde las 14 hs. hasta las 17, en equipos formados por tres residentes, preferentemente de distinto grado de experiencia.

La dinámica de trabajo la resumimos en la modificación del clásico esquema SOAP planteado por la medicina de Familia y General.

Así nuestra forma general de trabajo lo resumimos en la siguiente sigla: **P SOAP T Re S.**, con el siguiente significado:

Preparación: Equivale a la lectura por parte del equipo de consultorio de las últimas evoluciones del paciente que va a ser atendido.

Subjetivo: La valoración del motivo de la consulta del paciente y la valoración de sus subjetividades.

Objetivo: El análisis de los métodos complementarios solicitados anteriormente o traídos por el paciente y la valoración de los hallazgos de la Exploración Física.

Análisis: Son las conclusiones finales o parciales de todos los datos, tanto lo subjetivo como lo objetivo, bajo la forma de diagnósticos presuntivos o definitivos.

Plan, Propuesta y Pacto terapéutico: Plan educativo, terapéutico, de rehabilitación propuesto al paciente.

Tutoría: La discusión con el/la tutorx de todo lo anterior, salvo que se haya realizado una tutoría directa de todo el proceso.

Reflexión: Momento luego de que el paciente se halla retirado del consultorio. Que implica el análisis de todas las variables que se pusieron en juego en la consulta desde la preparación hasta la despedida del paciente del consultorio. Implica una Crítica entre todos los participantes del proceso de lo hecho, lo pensado y de las conductas que se tomaron. Incluye esta crítica a la entrevista como proceso. Lo hemos hecho tanto con el grupo de consultorio, o luego de cada consulta o finalizando el día de trabajo bajo un análisis general.

Evolución Significativa: Dejar constancia en la Historia Clínica Ambulatoria de lo pensado y lo modificado sobre el paciente. Que la evolución sea significativa implica que se debe pensar en quien vaya a leerla en la próxima consulta y que entienda, en qué punto del análisis el grupo se halla en relación a todos los problemas del paciente.

Esquema General del Trabajo en el Consultorio
de Residentes:
P SOAP T R Es

- 1) **Preparación** para la Entrevista
- 2) **Valoración** del componente **Subjetivo**
- 3) **Valoración** de lo **Objetivo**
- 4) **Análisis** del Censo de Datos
- 5) **Plan y Propuesta** Terapéutica
- 6) **Tutoría**
- 7) **Reflexión** General del Todo el Proceso
- 8) **Evolución** significativa.

La Tutoría: Una instancia que proponemos en este esquema general de Consulta ambulatoria es la intervención y la figura del *Tutor*.

Por Tutor entendemos el rol ejercido por alguien de mayor experiencia dentro del grupo de profesionales, que en nuestro consultorio fue ejercido por el instructor y por residentes del último año, y cuyo principal objetivo es ser el vehiculizador de la discusión y de la reflexión totalizadora del caso a discutir y que ayude o defina él/ella misma la conducta a seguir, al igual que guíe los caminos que debe tomar la reflexión del caso en todos sus aspectos: lo semiológico, la interpretación, la entrevista y la relación con el paciente y la familia, sin perder de vista los objetivos generales de la formación clínica de la Residencia.

Entendemos que la tutoría, y nos lo hemos demostrado con experiencias de investigación en este sentido, mejora todos los aspectos del ejercicio de la Clínica Ambulatoria en la formación de posgrado.

Entrevistadores y Entrevistados: La entrevista como objeto de estudio y análisis:

En la línea de extender los márgenes de la teoría y la práctica de la clínica médica, incorporamos de manera sistemática el análisis de las entrevistas desde el punto de vista comunicacional. Para ello utilizamos herramientas provenientes del modelo “emotivo-racional” propuesto a principios de la década del ochenta desde la medicina familiar. En el que la relación terapéutica incluye un ejercicio de atención al propio entrevistador y sus emociones al momento del encuentro con el paciente y su familia. El aspecto psico social (“el salto psicosocial”) representó un camino que nos propusimos transitar analizándolo e intentando dar un marco teórico a nuestro accionar.

De esta manera abordamos la entrevista clínica, identificando **áreas de análisis** disparadoras de reflexión y teoría: La relación terapéutica, La escucha activa, La obtención de datos de calidad, la Entrevista Motivacional, El perfil del entrevistador y del entrevistado, La evaluación de la entrevista, la comunicación de noticias, el clínico como educador de la salud del paciente.

Actividades Académicas que acompañaron la formación en Clínica Ambulatoria:

Es fundamental, para jerarquizar una actividad asistencial acompañarla de actividades académicas que la enriquezcan y que permitan un espacio de reflexión sobre su desarrollo y práctica. Nosotros planificamos las siguientes actividades:

- a) Clases sobre temáticas de Clínica Ambulatoria
- b) Talleres sobre la “Entrevista Clínica”
- c) Organización de Cursos sobre la temática ambulatoria.
- d) Invitados a los talleres (Diálogo con Expertos)
- e) Desarrollo de material Propio: Guías de Clínica Ambulatoria
- f) Investigación sobre el Trabajo de Consultorio.

El Ateneo de Consultorio:

Llamamos “Ateneo de Consultorio” al espacio de discusión clínica en torno a pacientes ambulatorios. Representó para nosotros una herramienta fundamental para pensar y discutir la problemática ambulatorio, siendo el acompañante académico de la actividad asistencial.

A lo largo de estos años este espacio tomó distintas formas: Fue inicialmente con casos clínicos aportados por el instructor, luego con pacientes que se citaban especialmente para ser valorados, luego con las historias clínicas de pacientes.

En los últimos años la dinámica se tornó más participativa y de mayor impacto sobre el propio paciente ya que el objetivo fue la de construir y definir la conducta más adecuada para la resolución del problema, permitiendo un seguimiento a través de las presentaciones en próximos ateneos. El grupo de residentes que presenta y selecciona los casos, son los mismos que comparten el trabajo en el consultorio. A la presentación se le sigue de una actualización puntual que dinamiza y enriquece la discusión del problema planteado.

Los casos clínicos ambulatorios presentados en general ofrecen varias aristas a discutir, tanto aspectos vinculados con el diagnóstico, tratamiento o encrucijadas de decisión, como los relacionados con problemáticas de la entrevista, el vínculo con el paciente y la familia, permitiendo de esta manera ampliar la discusión a temáticas bioéticas o comunicacionales.

Una particularidad de las presentaciones fue el **uso de la Narración** como herramienta de comunicación y presentación de las problemáticas clínicas. La Medicina Narrativa es una fuente a incorporar y tener en cuenta en casi cualquier actividad en la que el centro sea la presentación de un problema clínico.

Semiología en la Residencia

La Semiología comprende una serie de competencias que todos los días se ponen a prueba en la vida del residente de Clínica Médica. La formación en el pregrado es, por lo menos, inhomogénea y debe ser un objetivo de la residencia la de acompañar la formación clínica con espacios y marcos teóricos que atiendan de manera específica a la formación en Semiología Clínica de los médicos residentes.

Tras esta idea llevamos adelante en nuestra residencia un Programa de Formación en Semiología dirigido a los residentes de primer año quienes durante los primeros semestres llevaron adelante actividades dirigidas a formarse en esta área imprescindible del ejercicio clínico.

Esta tarea de programar una currícula específica en semiología nos obligó a replantearnos una perspectiva semiológica ajustada a nuestras necesidades específicas.

Así, durante el diseño, acuñamos las siguientes ideas que nos sirvieron para delimitar bien las áreas de la semiología que quisimos y necesitábamos abordar:

1. **SEMIOTECNIA:** La técnica al Servicio del Arte.
2. **LA INTERPRETACIÓN DEL SIGNO:** El semiólogo semiótico, tras el significado. Encontrar la Enfermedad no pensada. La semiología como generadora de hipótesis.

3. **LA BÚSQUEDA DEL SÍNDROME:** El contexto semiológico. Encontrar la Enfermedad Pensada. Encontrarse (o desencontrarse) con la enfermedad pensada. La Semiología como campo de comprobación de hipótesis.

4. **SEMIOLOGÍA CRÍTICA:** La ciencia al Servicio del Arte y de la Técnica Semiológica. La Semiología a través de la mirada de la evidencia científica. Otras lecturas son necesarias.

5. **SEMIOLOGIA ORIENTADA A LA SOLUCIÓN:** La Semiología como medio. La ciencia, la técnica y el arte al servicio del paciente. La Semiología como base para analizar las formas del razonamiento clínico. La construcción de Algoritmos Semiológicos.

Desarrollo del Programa:

1) Semiotecnia:

Objetivos:

a) Consensuar de manera grupal la elección de maniobras semiológicas y la secuencia de exploración física.

b) Asegurar en cada residente las competencias necesarias para llevar adelante una adecuada exploración física.

Creo que en el posgrado, lo primero en semiología, es tener incorporadas de manera adecuada y de la forma más asertiva posible, las maniobras semiotécnicas que nos van a acompañar de manera cotidiana en la exploración física de nuestros pacientes. La técnica semiológica es el

primer paso de este programa, y sobre esta seguridad, avanzar con otros aspectos de la semiología.



Aquí no nos planteamos tiempos rígidos, pero en nuestra experiencia llevó 4 meses de encuentros semanales arribar a un **Consenso Semiotécnico**, herramienta que nos propusimos como medio y como fin para cumplir con el objetivo propuesto.

La construcción del Consenso Semiotécnico:

En reuniones semanales, ocupando toda la jornada de la actividad académica y en torno a una semiología pre acordada, bajo la forma de taller, con 3 o 4 grupos de residentes de primer año, en el seno de los cuales con bibliografía en mano se acordaban los pasos exploratorios y las técnicas semiológicas que se consideraron más apropiadas a nuestra forma y tiempos de trabajo asistencial.

De esta manera se arribaron a consensos y acuerdos en torno a la técnica y la secuencia de las rutinas y subrutinas semiológicas.

El Consenso Semiotécnico fue insumo como guía de exploración física de toda la residencia y utilizado en la Historia Clínica de Internación.

Invito a consultar **el primer anexo** en el que se halla la construcción de un consenso semiotécnico de una de las cohortes del programa.

2) Signología/Sintomatología/Síndromes:

Se organizaron talleres en los que cada grupo analizó un grupo de síndromes en los que se discuten signos, síntomas y fundamentalmente las maniobras que más se ajusten a la detección del cuerpo sindrómico.

3) Semiología Crítica:

Llamamos Semiología Crítica a la bibliografía existente en la literatura médica que analice la disciplina desde la perspectiva de la medicina basada en la evidencia o realice recomendaciones lógicas de base científica para su ejercicio o interpretación.

Se seleccionó y distribuyó material bibliográfico a cada grupo del taller que luego fueron comentados y discutidos en grupo.

La finalidad fue hallar concordancias o discrepancias en relación a nuestra práctica cotidiana o en relación a lo planteado hasta ahora en el programa de semiología.

4) **Ejercicios de Semiología Orientada a la Solución:**

Pretende ser una “integración” de todo el programa, se realizan discusiones semiológicas en torno a la presentación de casos clínicos o en “pasajes de sala semiológicos” coordinados por el instructor en el que se plantean las encrucijadas semiológicas y las rutinas semiológicas que más nos pueden llegar a servir en cada caso en particular.

❖ **Evaluación:**

El Programa de semiología tuvo a lo largo de su desarrollo, y en sus diferentes cohortes de residentes, distintas características y diferentes instancias de evaluación.

- a) Una evaluación inicial vinculada a valorar el perfil de la formación semiológica de cada residente utilizando una encuesta.
- b) Evaluación específica sobre temas de semiología, antes de iniciar el programa.
- c) Evaluación sobre el desarrollo del programa a lo largo de su funcionamiento.
- d) Autoevaluación Individual y de los grupos del taller.
- e) Evaluación del “saber hacer” semiotécnico.

El último punto, la **evaluación del “saber hacer”** fue la instancia de valoración del impacto pedagógico del programa más importante. Fueron evaluaciones individuales, con el paciente, con una rutina semiotécnica pre acordada y valorada en el momento en que el residente lo realiza sobre un paciente preestablecido frente a dos evaluadores, instructor y uno de lxs jefes de residentes. Esta evaluación del “saber hacer” finalizaba con una devolución por parte de los evaluadores.

- **Como conclusión** diré que la planificación curricular de espacios para la formación en semiología en una residencia de Clínica Médica es imprescindible. Tiene un alto impacto pedagógico y brinda un “salto cualitativo” sustancial en la faz académica y asistencial. La confección de un Consenso Semiológico, como ejercicio pedagógico, pero también, como una instancia para acordar técnicas y maniobras que diariamente el grupo utiliza para tomar decisiones sobre diferentes situaciones clínicas impacta fuertemente y de manera positiva en la formación del especialista en clínica médica y en el quehacer clínico cotidiano de la residencia en la sala, la guardia y el consultorio.

En el **Anexo 2** incluí una planilla que ofició de guía de la evaluación del Programa.

El Taller como eje didáctico

La necesidad de transitar por una propuesta pedagógica que pone como eje a la democratización del grupo implica también un replanteo de las prácticas didácticas, de las formas en que tratamos el conocimiento y la de la manera con que nos vinculamos con él.

El taller fue una herramienta didáctica que entendemos superadora a muchas de las prácticas pedagógicas que se llevan adelante tanto en pre como en la post formación de grado y que nos permitió incluir valores y procedimientos pedagógicos acorde a los planteos más generales de cómo y con qué objetivos queríamos que se desarrollara.

La necesidad de formar médicos y médicas autogestivos, con la incorporación del autoaprendizaje constante y que, por otro lado, se vuelque en sus compañeros con técnicas grupales y colectivas nos obligaron al afianzamiento del taller en nuestras actividades.

Sin embargo, también creemos que no todo lo que se dice que es taller lo es, que otras formas didácticas no puedan ser flexibles y dialogadas ni tampoco que todo lo que se juegue en la residencia pueda ser llevado adelante bajo la forma de taller.

Así, que lo primero fue tratar de delimitar que acciones planificadoras de una actividad implicaban su “tallerización”. Así fuimos dándole una forma particular a estos encuentros en torno a un “quehacer” a cumplir.

Nuestros Talleres:

El primer requisito para que busquemos en el taller la herramienta para llevar adelante una acción educativa, es que esta acción incluya un problema a resolver o algo que construir, de manera lo más específica y delimitada posible. Este “hacer” es el núcleo central alrededor del cual gira la actividad.

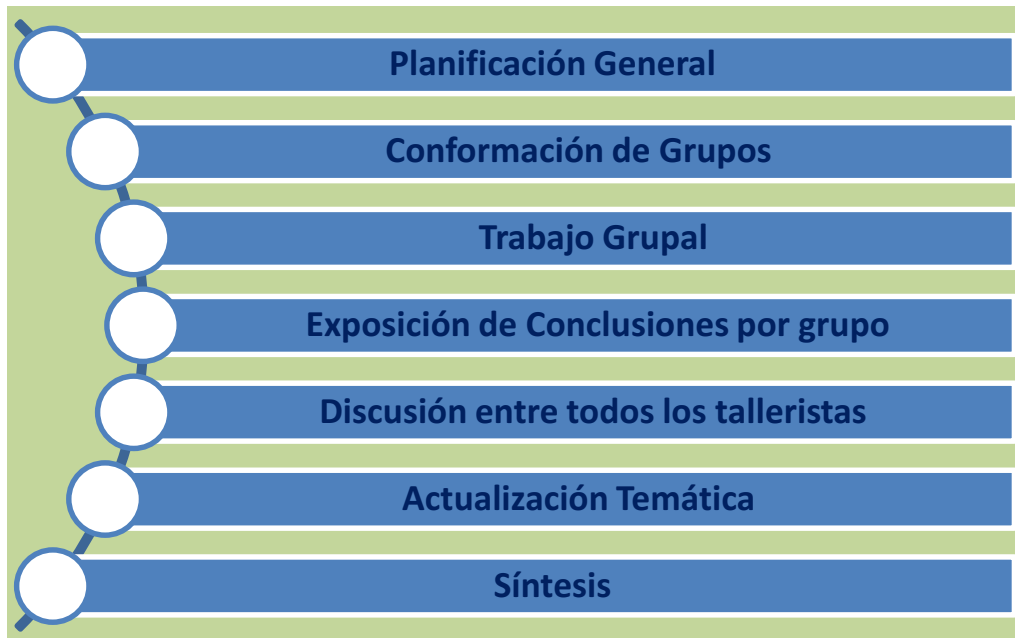
Esta acción se puede, y así lo hicimos en varias oportunidades, constituir en un proyecto. En nuestro caso la realización de algoritmos de medicina ambulatoria fue un excelente ejemplo del objetivo/Proyecto. De la misma manera lo fueron el Consenso de Semiología o la “tallerización” de las actualizaciones bibliográficas en los ateneos centrales en torno a preguntas significativas.

El taller nos permitió un espacio de estímulo para la participación, el trabajo grupal, la autogestión y, fundamentalmente, la creación grupal de una respuesta frente al desafío planteado, admitiéndonos un vínculo con el conocimiento dado mucho más fluido y creativo que otras dinámicas. Creo que este punto es uno de los más valiosos en torno a la formación de posgrado y en relación a los objetivos que nos propusimos.

Fueron espacios en la que la teoría y la práctica representan polos que se referencian mutuamente de manera permanente, pudiendo observar más cercanamente cuánto hay de teoría en la práctica y viceversa.

Nuestra forma general de llevar adelante los talleres fue la siguiente:

- 1) Primero, la planificación de los mismos, por parte de los coordinadores, durante la cual la especificación de las consignas u objetivos o del “proyecto” a construir en el taller es lo de mayor importancia.
- 2) Conformación de los grupos, con una tarea y objetivo específico asignado.
- 3) La asignación de roles por grupos. Por lo general contaban con un secretarix que apuntaba y luego era el vocero de las conclusiones, y la de un coordinador que moderaba la discusión y la encausaba hacia los objetivos propuestos.
- 4) La exposición por parte de los grupos de las conclusiones, a cargo del secretario o de alguien previamente designado, donde la opinión de todos, y no solo de la mayoría, era expuesta.
- 5) Discusión Grupal: Participación coordinada de todos los integrantes del taller.
- 6) Actualización temática.
- 7) Síntesis final a cargo de los coordinadores.



Como vemos, esta dinámica no puede ser aplicada para todos los objetivos que nos planteamos en la residencia en tanto actividades teóricas, pero si cuando se prioriza la construcción de un concepto, una conducta o cuando el grupo está tras un proyecto académico o asistencial específico.

Actividades Académicas:

Uno de los primeros gestos del instructor junto con los jefes de residentes consiste en diseñar y planificar las actividades “teóricas” formativas, en general vespertinas, que se realizarán a lo largo del año académico de la residencia. Convendría que estos encuentros se hallen precedidos de reuniones generales de equipo o de toda la residencia a los fines de acordar lineamientos temáticos y didácticos generales surgidos del consenso y la escucha de todos los integrantes.

En nuestra residencia nos fue útil dividir las actividades en dos líneas:

- a) Actividades exclusivamente para lxs residentes del Servicio.
- b) Actividades Académicas Abiertas.

a) Actividades Académicas dirigidas a los Residentes del Servicio:

Estas actividades son de dos tipos: las que llevan adelante los residentes en su primer año de educación en Clínica Médica y las que desarrollan los residentes de segundo, tercero y cuarto año.

Esta diferenciación se basa en múltiples motivaciones:

- ✓ Hay aspectos de la Clínica Médica que por su prevalencia en la cotidianeidad del hospital (Emergencia) deben ser abordados tempranamente.
- ✓ Existe un compromiso de formación clínica básica para los residentes rotantes de otras especialidades.
- ✓ La experiencia de consultorio comienza, en nuestra residencia, en segundo año.

- ✓ Los roles de los residentes de 2do, 3ro y 4to en tanto toma de decisiones en la sala de Clínica Médica está bien diferenciada de los que transitan su primer año, recayendo sobre ellos decisiones fundamentalmente terapéuticas.

Actividades durante el Primer Año:

- Programa de Semiología para Residentes
- Módulo de ECG clínica
- Módulo de Radiología Torácica.
- Módulo de interpretación del Medio Interno
- Curso de Emergentología Clínica.
- Pasaje de sala “semiológico”

Actividades para los Residentes de 2do, 3ro y 4to

- Ateneos Bibliográficos
- Discusión de Guías Terapéuticas.
- Dialogo con Expertos
- Ateneos de Consultorio
- Armado y Discusión de Algoritmos diagnósticos y terapéuticos
- Uso de didácticas lúdicas y de Rol Playing. (Entrevista, Género, Cesación Tabáquica)
- Clases Expositivas sobre temáticas de Clínica Ambulatoria o del paciente Internado.
- Pasaje de sala “chico”

El **Ateneo Central** es la actividad que nuclea a toda la residencia y, ya lo destacamos en el capítulo correspondiente, es de enorme importancia para la formación de una mirada clínica común al grupo de trabajo.

b) Actividades Académicas Abiertas:

Actividades en las que la residencia participa en su totalidad junto con otras residencias.

- Las “Semanas de”: consistentes en cursos cortos de una semana sobre alguna temática que nuclea el interés de las residencias de Clínica Médica, planificadas y organizadas íntegramente por miembros de nuestra residencia en carácter de directores, coordinadores y/o secretarios, con el aval del departamento de posgrado de la Facultad de Medicina de la UNLP. (en su mayoría).

En estos años hemos organizado los siguientes cursos cortos en los que participaron como asistentes la mayoría de las residencias de Clínica Médica de La Plata:

- **“Semana de la Dermatología Clínica”**: en conjunto con el servicio de dermatología del Hospital y otros invitados.
- **“Semana de la Tuberculosis”**: en conjunto con miembros del Servicio de Neumonología del Hospital “San Juan de Dios” de La Plata y del Htal “Muñiz” de CABA.
- **“Semana de la Infectología Clínica”**: en conjunto con el Servicio de Infectología del Hospital e infectólogos invitados.
- **“Semana de la Reumatología Clínica”**: Organizado con la Residencia de Reumatología del Htal “San Martín de La Plata” y el Servicio de Reumatología del Hospital.
- **“Semana de la Diabetes”**: Con invitados del Hospital de Clínicas y de Servicios de endocrinología y diabetología de La Plata.
- **“Semana de la Endocrinología Clínica”**: Organizado en conjunto con el Servicio de Endocrinología del Hospital de Clínicas y del Hospital “San Martín “de La Plata.
- **“Semana de la Medicina Paliativa”**: Organizado en conjunto con el Servicio de Medicina Paliativa del Hospital “R.Rossi” y con referentes nacionales de invitados.

➤ Jornadas de la Residencia: Realizamos 3 Jornadas de fin de año de la Residencia, a la que llamamos “*Jornadas Anuales de la Residencia del Servicio de Clínica Médica del Htal de Gonnet*” Representó, al margen del valor académico, una gran oportunidad para el encuentro de distintas generaciones de residentes, instructores y jefes de servicio. Los invitados fueron ex residentes en su totalidad. Creo que fue de enorme importancia en los primeros años de nuestra experiencia de afianzamiento de grupo y búsqueda de identidad.

➤ Ateneos Interresidencias: Organizados de manera rotativa por las residencias de Clínica Médica de La Plata. Tiene para nosotros una enorme jerarquía ya que compartimos miradas y enfoques entre los distintos grupos de residentes de La Plata. Nuestras participaciones fueron girando paulatinamente hacia la presentación de pacientes en el que problematizábamos, ya sea centralmente o de forma tangencial, aspectos vinculados a la medicina ambulatoria, coherentes con nuestros objetivos y planificaciones curriculares generales de la residencia.

➤ Jornadas Anuales Interresidencias de Clínica Médica de La Plata “Juan José Sánchez”:

Organizadas por una comisión formada ad hoc entre las residencias de Clínica Médica de La Plata. Representa el espacio, para nosotros, prioritario para la presentación de los trabajos de investigación, fundamentalmente los que se centran en la problemática de las residencias, siendo una única oportunidad de discutir estas experiencias entre pares.

➤ Participación en Congresos Nacionales e Internacionales de Medicina Interna, Medicina Interna General, de Clínica Médica, de Educación Médica o de especialidades afines.

- Participación en Jornadas de la Sociedad Médica de La Plata, Sociedad de Medicina Interna de La Plata, y de sociedades afines: de Hipertensión, de Reumatología, de Infectología.

Residencia de Clínica y Primer Nivel de Atención

¿Qué le aporta a la formación de Médicxs Clínicxs la experiencia en el Primer Nivel de Atención?

- Competencias en prácticas preventivas.
- Competencia en Educación para la Salud
- Experiencia en patologías prevalentes y ambulatorias.
- Habilidades comunicacionales hacia con el entorno familiar del paciente.
- Experiencia en Terreno. Trabajo en contacto directo con la comunidad.
- Herramientas para hacer un diagnóstico de situación de Salud de la comunidad.
- Competencias para el trabajo en y con el Equipo de Salud.
- Participación en programas en salud comunitaria.

En la propuesta pedagógica planteábamos como objetivo del residente en un Centro de Atención Primaria, lo siguiente:

“...Se espera que el/la residente se inserte activamente en este nivel de atención realizando las siguientes actividades: participar en la elaboración de un diagnóstico de salud comunitario, reconocimiento de problemáticas prevalentes del área programática del CAPS, integrar activamente el equipo de salud, diseñar y ejecutar proyectos de promoción y prevención de la salud, implementar acciones de referencia/contrarreferencia, asistir y realizar seguimiento de pacientes. Para esto es preciso afianzar conceptos sobre la estrategia de Atención Primaria de la Salud, diagnóstico de salud comunitario, trabajo intersectorial e interinstitucional, etc...”

Nuestro trabajo, en este sentido, transitó los siguientes aspectos:

1. **Rotadas Obligatorias por CAPS:** Fue un cambio curricular llevado adelante por el Ministerio de Salud para los residentes de 4to. Año. Nuestra residencia se manifestó partidaria de esta rotación de 3 meses por un Centro de Atención Primaria desde el primer momento de su planteo, siendo la primera en realizarla en un centro que elegimos nosotros por el perfil coincidente con nuestros objetivos, posteriormente los lugares de rotación fueron digitados desde el ministerio. Luego de 4 años de experiencia los resultados fueron inhomogéneos. Diré que los que mayor impacto pedagógico tuvieron, fueron las rotadas que se realizaron en centros donde existía una tradición de educación médica continua y en las que funcionaba una residencia de Medicina General, con un equipo de salud en actividad. Esta triple condición se dio de manera excepcional. El trabajo en un centro de atención primaria sin una tutoría tuvo un resultado pobre y con escaso impacto formativo. La vivencia cotidiana durante tres meses de una realidad distinta a la hospitalaria quizás haya sido lo más resaltable y lo de más valor en tanto formación médica general. Creo que hay que seguir sosteniendo la idea, pero el esfuerzo por parte de quienes lo planifican y diseñan debe estar dirigido a la formación de tutores que trabajen a la par de los residentes rotantes, al igual que el refuerzo del equipo de salud del propio centro de salud. Entendemos que estas variables, que nosotros ponemos en el plano pedagógico, se hallan en un entramado complejo vinculado con la crisis profunda y crónica de índole económica y política que nuestro sistema de salud padece en todos sus planos.
2. **Trabajamos con Residentes del Medicina General (Hospital Gutierrez de La Plata):** Realizamos actividades en conjunto sobre aspectos en común (Prevención de Cáncer de mama, Problemas de salud vinculadas con el género), Actividades académicas, fuimos sede de las rotaciones por clínica médica de la Residencia de MG.El contacto diario con perspectivas diferentes fue altamente productivas y

enriquecedoras de manera mutua. Pudimos observar en la práctica nuestro concepto general de que la Clínica Médica debe nutrirse de prácticas y teoría proveniente de otras disciplinas de perspectivas amplias y generales. (Medicina General, Medicina Familiar, otras ciencias sociales). Por otro lado, nuestra residencia es sede de la rotación de clínica médica de la residencia de Medicina General del Htal. Gutierrez, esto representa un espacio más de encuentro y enriquecimiento mutuo.

3. **Actividades vinculadas con APS en el Pregrado:** Tuvimos la oportunidad de desarrollar en conjunto con residentes de Medicina General y de Clínica Médica que se desempeñaron como miembros de la Cátedra “A” de Clínica Médica de la UNLP, un Programa de Formación Clínica de Pregrado en el Primer Nivel de Atención. La experiencia fue de un año lectivo de duración, cuyos escenarios formativos fueron 10 CAPS, habiendo rotado un total de casi 150 alumnos, participando más de 25 docentes vinculados con dichos centros. Esta vivencia docente-asistencial sirvió como una gran experiencia para incorporar aspectos de la APS a la formación de pregrado, habiendo participado residentes docentes de pregrado tanto de Clínica como de Medicina General, algo inédito en nuestra unidad académica.

4. **La experiencia en “Clínica Comunitaria”:** El trágico hecho que representó la fatal inundación que la ciudad de la Plata sufrió en abril del año 2013, llevó a que la totalidad de la residencia pase de una noche a la otra mañana, de estar en la conocida sala hospitalaria a caminar los barrios de una ciudad anegada. La decisión del ministerio de salud fue la de confinarnos a los “hospitales móviles” esperando a que acudan pacientes. Recuerdo que toda la residencia reunida al lado de uno de estos hospitales al que (en nuestro caso) pocos ciudadanos afectados concurrían debido a lo dramático de la situación que se vivía en sus propias casas, decidió por consenso la de alejarnos de este centro de salud móvil, dejar solo un par de

residentes, y el resto de la residencia acercarnos directamente al barrio que nos tocó asistir, que por su cercanía, era la comunidad de la rivera del Arroyo el Gato a cuadras del Hospital. Allí la residencia vivió una experiencia que perduró en su conciencia hasta hoy. Los residentes se encontraron a los mismos pacientes que atendían en el hospital en su dramática situación de inundación y pudieron ayudar desde otra perspectiva y práctica médica. Durante algunos días seguimos concurriendo, hasta que sentimos que para seguir yendo, una vez terminada la etapa de emergencia que generó la inundación, debíamos movernos de otros marcos y prácticas que no poseíamos. Aún así, sentimos que existe un lugar para el/la médico clínico en un equipo de salud que trabaje en el marco de una “Clínica Comunitaria” cuyo alcance teórico práctico debe aún construirse.

5. **Iniciativas en el marco del Consultorio de Residentes.** La incorporación de una práctica dirigida al Examen Periódico de Salud, Educación para la Salud o proyectos de charlas dirigidas a grupos de pacientes, fueron llevadas adelante en el ámbito hospitalario pero con una concepción vinculada a la estrategia general de la Atención Primaria de la Salud.

Anexos

Anexo 1

Consenso Semiotécnico

Residencia de Clínica Médica del Hospital "San Roque" de Gonnet

Consenso, y marco general, sobre rutinas semiotécnicas para una semiología exhaustiva

APARATO RESPIRATORIO

Paciente sentado preferentemente, con el tórax descubierto. También podría ser acostado. Lo importante es poder acceder a todas las caras del torax.

INSPECCIÓN

- **Estática:**

Vemos forma del torax, reparos anatómicos, piel, anatomía de superficie.

- **Dinámica:** Inicialmente se lo observa respirar espontáneamente y luego se le indica al paciente realizar maniobras de inspiración profunda, para sensibilizar la observación. (Inspección dinámica activa y pasiva).

*Frecuencia,Ritmo,Tipo,Amplitud, Mecánica respiratoria.

PALPACIÓN

- Sensibilidad
- Expansión del tórax: amplexación de bases y vértices.
- Elasticidad torácica: Con ambos talones de la mano. En cada hemitorax y en la región medial (esterno/vertebral)
- Vibraciones vocales: Haciéndole decir al paciente la palabra treintaitres o carretera, con la cara palmar de los cuatro dedos. (excluyendo al pulgar) y luego con el borde ulnar para delimitar bases. Un hemitórax, luego el otro, luego comparativo.

Siempre evaluar caras laterales con los miembros sobre la cabeza del paciente y en las regiones infraclaviculares. Esta última maniobra se puede hacer desde atrás del paciente.

PERCUSIÓN

Digito-digital, con movimientos enérgicos de la articulación de la muñeca.

- Evaluación percutoria de vértices: a) campos de Kroening, b) ortopercusión del hueco supraclavicular y c) percusión clavicular (2/3 internos sonoros)
- Percusión de campos pulmonares:
 - a) Región Posterior: Primero un campo, luego el otro, con delimitación de bases pulmonares y excursión de bases. Finalmente comparamos ambos hemitórax.
 - b) Región Lateral: con los mmss del paciente sobre su cabeza. Se buscan las bases y se compara la altura.
 - c) Región anterior: Se realiza desde adelante del paciente y se percute hasta la submatidez cardíaca y hepática.
- Percusión de columna: con misma técnica percutoria que los campos pulmonares. La percusión unidigital puede ser complementaria a la dígito digital, pero no la reemplaza y se destina para la búsqueda de otros signos (ej.: dolor).

AUSCULTACIÓN

Apoyar membrana sobre tórax, cambiar de lugar luego de un ciclo respiratorio (inspiración, espiración), en ambos hemitorax y luego comparativo. Auscultar caras laterales y anterior con los mismos recaudos que se tienen para la percusión.

APARATO CARDIOVASCULAR CENTRAL

Paciente en decúbito dorsal, con el tórax descubierto. Puede realizarse con el paciente sentado, también.

INSPECCIÓN

- El choque de punta se busca inicialmente con el paciente acostado y mirando tangencialmente con una luz adecuada la región mamilar.
- Inspeccionar todo el precordio.

PALPACIÓN

- Choque de la punta: línea media claviclar, 4to-5to espacio intercostal dirigido a la zona donde vimos el latido apexiano. Tiene 3 momentos:
- 1- Palpación con toda la mano para localizar el latido.
- 2- Palpación del latido con 2 o tres dedos. En este momento se valoran las características semiológicas del choque de punta (área, duración, intensidad
- 3-Si no se palpó o se valora que es necesario sensibilizar la palpación, colcar al paciente en la posición de Pachón, mientras se palpa el choque de punta dejando la mano donde se lo había localizado en la posición de decúbito dorsal.

PERCUSIÓN: Valorar la necesidad o no de hacerla.

AUSCULTACIÓN

- **LA TÉCNICA ES LA DE LA AUSCULTACIÓN INTEGRADA:Escucho (auscultación), palpo (pulso radial) y miro (yugulares).**
- **Detenerse en cada área y no cambiar de zona de auscultación hasta que no se hayan identificado las partes del ciclo cardíaco y sus características.**
- Siete áreas de auscultación: Foco mitral, foco tricuspídeo, foco aórtico, foco aórtico accesorio, foco pulmonar, foco mesocárdico, foco de la aorta descendente.
- Aumentar sensibilidad con posición de Pachón.
- Ruidos cardíacos: intensidad, tonalidad y timbre
- Ruidos agregados

- Ruidos respiratorios interpuestos, pedir al paciente que retenga el aire.

APARATO CARDIOVASCULAR PERIFÉRICO

Evaluación de pulsos arteriales

Pensar en F R I T A . Evaluar dichas características primero en el pulso radial.

Recordar la TÉCNICA DE AUSCULTACIÓN INTEGRADA: Escucho (auscultación), palpo (pulso radial) y miro (yugulares).

F = frecuencia y Forma

R = regularidad : todas las pausas diastólicas son iguales entre sí.

I= igualdad: tienen similar amplitud.

T = tensión: “cuanto cuesta suprimirlo”

A= amplitud: “cuanto levanta el dedo”. Depende de la diferencial

Pulsos evaluables: Temporal – Carotídeo – Subclavio – Axilar – Braquial – Humeral -
Cubital – Radial – Femoral – Poplíteo - Tibial posterior – pedio

No evaluar todos los pulsos sistemáticamente, solo los: carotídeo, radial, tibial posterior,
pedio

Particularidades

- Carotídeo, siempre por dentro del ECM, de a uno por vez
- Radial: a lo largo de la corredera radial, entre los tendones flexores de la mano y la apófisis estiloides del radio.. El examinador apoya la mano del paciente sobre su borde cubital, sosteniéndola mientras con la otra mano evalúa el pulso. Para realizarlo debe hacerse con el índice medio y anular, de modo que el índice comprime la arteria y evalúa su tensión. El anular descubre si existe pulso recurrente desde la cubital.

- Pedio: siempre buscarlo a todo lo largo del tendón, de proximal a distal

Valoración de la Presión Venosa Central :

Búsqueda de ingurgitación yugular:

- Posición paciente: decúbito dorsal, con cabecera entre 30 y 45°
- Inspección dinámica con inspiración profunda.
- Maniobras sensibilizadoras: - haz de luz tangencial
- cambio de posición paciente. (60 o 90°).
- Maniobra específica: reflujo hepatoyugular.
- Se puede completar la maniobra con palpación y auscultación del pulso venoso.

GLÁNDULA TIROIDES

El paciente sentado, con las manos sobre los muslos, los hombros relajados, mirando hacia adelante.

INSPECCIÓN

- De frente y perfil.
- Estática y dinámica (pedirle al paciente que degluta).

PALPACIÓN

- Desde atrás del paciente. Palpación bimanual.(maniobra de Quervain modificada).

Identificar: 1- Istmo

2- Ambos lóbulos

- Hacer deglutir al paciente.

- Maniobras complementarias: Bimanual anterior o en Decúbito dorsal.
- La semiología exploratoria tiroidea debe complementarse con la semiología del aparato cartilagosos hio-tiroideo y ganglionar regional.

AUSCULTACIÓN:

Ante la presencia de bocios grandes.

ABDOMEN GENERAL

Paciente en decúbito dorsal, con torax y región superior de la pelvis descubierta, con miembros superiores a los costados, sin almohada, sobre una superficie dura.

Realizar la semiotecnia sentado en una silla al lado derecho del paciente.

Procederemos alterando el orden habitual de la semiotecnia: Primero la Inspección, luego la Auscultación, luego la Percusión y , finalmente, la Palpación.

INSPECCIÓN

- **Estática:**
- **Dinámica:**
 - *Pasivo: respiración.
 - *Activa : tos, Valsalva, distención, retracción.

AUSCULTACIÓN

- Cuatro cuadrantes, dos minutos aproximadamente con la membrana suavemente apoyada en abdomen.
- Buscar siempre en FID.

PERCUSIÓN

De forma radiada, desde el apéndice xifoide hacia la periferia del abdomen, dígito-digital. Movimiento suave desde la articulación metacarpo-falángica. Siento y escucho.

Se complementa con cambios de posición si fuese necesario.

PALPACIÓN

- **Superficial:** (sin atravesar el plano muscular)
 - *Mano de escultor de Merlo. (Momento exploratorio o de reconocimiento)
 - *Tensión: en forma de espiral comenzando por el centro, movimientos suaves de flexión con los dedos, de manera centrífuga.
- **Profunda:** ("quebrando" el plano muscular).
 - *General, con presión con los dedos que venza el plano muscular.
 - *Palpación de Sigmoides: bimanual desde lado derecho, con la parte distal de los dedos hacia externo.
 - *Palpación de Ciego: bimanual, desde lado derecho con la parte distal de los dedos hacia interno. Maniobra complementaria: Maniobra de Sigaut.

SEMIOLOGÍA HEPÁTICA:

Inspección: forma parte de la inspección abdominal general

Palpación : corresponde a la general abdominal y la específica.

Hepática (Mathieu ." del enganche") : es una maniobra bimanual, ambas manos se encuentran unidos por los dedos medios, levemente curvos, y los índices superpuestos, así los tres últimos dedos de ambas manos, forman una recta paralela al

reborde costal. El examinador se coloca del lado derecho del paciente, mirando a los pies del mismo. Se puede suplementar con maniobra en cuchara. Modificación de Rospide: se realiza de tal forma que los talones de las manos formen ángulo de $<45^\circ$, se profundiza en inspiración realizándose palpación “suave”

Maniobras complementarias de sensibilización: monomanual, “en cuchara”.

Percusión: valora la altura hepática. Se realiza a lo largo de la línea medioclavicular desde arriba hacia abajo y viceversa partiendo de fosa ilíaca derecha. De arriba hacia abajo se marca por encima del dedo en el lugar donde se halla la submatidez, mientras que de abajo hacia arriba se marca por debajo del mismo. De esta manera la altura hepática abarca la submatidez y la matidez hepática.

Maniobras complementarias de sensibilización: monomanual, “en cuchara”, Gilbert, Glenard, auscultatoria (del rascado). Auscultación del area hepática.

SEMIOTECNIA LINFOGANGLIONAR

Ganglios de cabeza y cuello:

- Ganglios occipitales
- Ganglios postauriculares o mastoideos
- Ganglios preauriculares
- Ganglios submaxilares
- Ganglios submentonianos
- Ganglios yugulares o cervicales anteriores (Laterocervicales anteriores)
- Ganglios cervicales posteriores. (Laterocervicales posteriores)
- Ganglios supraclaviculares.

Ganglios epitrocleares

Ganglios axilares

Ganglios inguinales

INSPECCIÓN de la región ganglionar.

PALPACIÓN

- Dos dedos: índice y mayor.
- Movimientos circulares, con presión variable.
- Caracterizar: *Forma y tamaño
 - *Consistencia
 - *Sensibilidad o dolor
 - *Movilidad
 - *Adherencia a planos profundos
 - *Bordes
 - *Elasticidad
- Cabeza y cuello: simultáneo y simétrico. Preferentemente anterior. Empezando por el grupo occipital hasta el mentoniano. Finalizando con los laterocervicales y supraclaviculares.
- Supraclaviculares: Elevar los hombros. Se sensibiliza con la maniobra de valsalva.
-

NEFROURINARIO:

Realizar preferentemente luego de semiología abdominal general.

Posición paciente: En decúbito dorsal y luego en posición sentada.

- Decúbito dorsal: Inspección: general de abdomen
 - Palpación: -Palpación de polo inferior de riñón, maniobra bimanual.
 - Palpación de masa renal, peloteo renal. Bimanual
 - Auscultación: en busca de soplo arterial renal.
- Sentado: Puño percusión :
 - Explicación al paciente sobre la maniobra a realizar y que se espera de ella.
 - PP indirecta o de Golber : Comenzar en la región toraco lumbar y luego descender.
 - PP directa

SEMIOTECNIA ESPLÉNICA:

- Inspección: general de abdomen
- Decúbito dorsal (3 subrutinas)
 1. Percusión del espacio de Traube
 2. Punto de Castell (sensibilizar a la inspiración profunda)
 3. Palpación esplénica desde FID (similar Middleton pero desde la derecha)
- Decúbito lateral derecho
 - Palpación: en posición Schuster realizar maniobra de Merlo
 - Percusión: en posición de Schuster modificada percutir sobre la LAA.

SEMIOTECNIA OSTEOARTICULAR

Generalidades:

- Inspección: activa – pasiva
- Palpación: activa y pasiva.
- Motilidad de cada articulación: Flexión, Extensión, y distintos movimientos según la articulación valorada.

Específica de cada articulación:

- Articulaciones Mano: Palpar las interlíneas articulares
- Columna: Percusión directa y palpación de los espacios intervertebrales.
- Sacroiliacas: 1.Palpación de la Articulacion
 - 2. Presión sobre ambas crestas ilíacas con el paciente en DD.
 - 3.Maniobras de movilidad y de reproducción del dolor.
- Hombros
- Codos:
- Rodillas: Evaluar necesidad de búsqueda del choque rotuliano
- Tobillos-pies-

EVALUACIÓN NEUROLÓGICA GLOBAL

(Propuesta para el Consenso Semiológico de la Residencia de Clínica Médica del Htal de Gonnet. La PLata)

La ENG es una rutina semiológica que se incluye en el **examen físico inicial o de ingreso y en los que se busca un elemento que gatille la sospecha de la presencia de una entidad neurológica**. Es distinta de una Evaluación Neurológica Exhaustiva o una Semiología Neurológica dirigida a la Solución, a la que se llega con una hipótesis clara de patología de origen nervioso.

La ENG es un "rastreo semiológico" para detectar una alteración neurológica en pacientes en los que no existen indicios ni sospecha clara de una enfermedad neurológica. (subjetiva u objetiva).

Está diseñado para realizar de manera rápida y abreviada, una búsqueda de los principales síndromes neurológicos.

La ENG es un ejemplo de *interpretación de la semiología como campo disparador de hipótesis, mas que como esclarecedor de sospechas fundadas.*

Responde la pregunta de si el/la paciente tiene algún tipo de signo neurológico significativo

Las maniobras semiotécnicas a realizar en la ENG se realizan de manera sucesiva, con el paciente inicialmente acostado, luego sentado al borde de la camilla o cama y luego parado. También se valoran aspectos que surgen durante la entrevista.

Observación Inicial

Situación del paciente y entorno.

Estado de Conciencia

Valorar Colaboración y estado psíquico.

Palabra y Lenguaje

Facie

Actitud

Marcha

Luego de Acostar al paciente

Motilidad Activa y Pasiva

Tono Muscular

Sensibilidad Superficial y Profunda en miembros superiores e inferiores.

Búsqueda de Nivel Sensitivo

Reflejos Profundos

Búsqueda de Babinsky

Con el paciente sentado

Pares Craneales

Taxia

Gnosia

Praxia

Completar Motilidad, Tono muscular y Reflejos.

Con el paciente de pie

Taxia: Prueba de Romberg

Valorar Actitud

Valorar la Marcha.

Al finalizar la ENG debemos preguntarnos:

El exámen fue normal? Ante la duda.. Debo volver a hacer el ENG?

Ameritan los resultados un exámen neurosemiológico exhaustivo?

Hay signos aislados, desconectados de la situación clínica del paciente?

Hay un síndrome neurológico? Debo buscarlo de manera dirigida?

El hallazgo es significativo?

Anexo 2

Propuesta de Evaluación de la 1ra parte del ciclo de Semiología

Programa de "Semiología para Residentes"

Residencia del Servicio de Clínica Médica del Htal. "San Roque" de Gonnet.La Plata.

- 1 **Autoevaluación Individual:** Completar la hoja de Autoevaluación Individual.
- 2 **Autoevaluación por grupos de Semiología:** Completar la hoja de Autoevaluación Grupal.
- 3 **Evaluación Individual supervisada (Instructor y Jefe de Residentes)**

1- *Escrita:* Reproducción del consenso semiológico. (Hoja de Evaluación).

2- *el "saber hacer":* En la Sala con un paciente del que no se sea médico de cabecera. Todas las semiologías consensuadas, se realizarán las maniobras de manera secuencial sin necesidad de explicarlas, solo con la interacción con el paciente Sin corrección en el momento.

Cumpliremos la siguiente rutina en todas las evaluaciones:

Con el paciente acostado: (proveerse de silla para el examen de abdomen).

- 1.Semiología Cardiovascular Central,
2. Pulsos periféricos(Carotídeo, Humeral,radial,femoral,poplíteo,tibial posterior,pedio),
- 3.Abdomen General,(I,P,P,A)+Maniobra de Murphy y Búsqueda de Blumberg.
4. Hígado(altura y palpación)
5. y Bazo (Traube,Castel,Middelton modificada).

Con el paciente Sentado:

x delante del paciente: Ganglios de cabeza y cuello.

x detrás del paciente: Palpación Tiroidea, Semiotecnia Respiratoria, Puño Percusión.

3- *Devolución.*

4 Plenario Metaevaluadorio:

Análisis y Crítica individual.

Análisis y Crítica del proceso

Evaluación del proceso evaluatorio.

Análisis. Síntesis y Crítica por Efraín.

Planilla de Autoevaluación Individual

Nombre.....

Grupo de Semio.....

1) Tomando como referencia una escala que contemple : mal, regular, bien, muy bien, excelente.

Realización de exámen físico general: M B MB E

Realización de semiotecnia:

Respiratoria

Cardiovascular central

Pulsos Periféricos

Ganglios

Abdomen general

Semiología de Hígado

Semiología Esplénica

Puño Percusión

2) Cuales son tus principales dificultades al momento de realizar semiología ...:

Respiratoria.....

Cardiovascular central.....

Pulsos Periféricos.....

Ganglios.....

Abdomen general.....

Semiología de Hígado.....

Semiología Esplénica.....

Puño Percusión.....

3) Ordená el orden en que pondrías a las distintas semiotecnias según la percepción que tenés sobre tu habilidad para realizarla de manera correcta...

4) En que grado de satisfacción te encontrás en relación a las siguientes habilidades...

(nada, poco, satisfactorio)

técnica de percusión torácica...

delimitar bases pulmonares por percusión.....

valorar amplexación de bases y vértices pulmonares...

técnica de percusión de abdomen...

palpación abdominal...

búsqueda de blumberg...

delimitación de altura hepática...

palpación de ciego...

percusión de bazo...

palpación de bazo....

palpación de tiroides....

5) Cuales fueron las observaciones que recordás que tus compañeros de piso/guardia te realizaron en relación a la semiología que realizás?

6) Recordá tu último ingreso..... comentalo brevemente.....

Ahora pensá en las observaciones que vos mismo te harías sobre tu técnica semiológica..

6)Te sentís capacitado para... (si/no)

detectar un soplo 2/6...

detectar un frémito....

palpar un choque de punta...

auscultar un R4... un R3....

detectar un derrame pleural leve....

auscultar una neumonía incipiente....

identificar una asimetría de pulsos...

7) Que otro aspecto te autoevaluarías?.....

8) Te fue útil esta autoevaluación?.....

Planilla de Autoevaluación de Grupo

Miembros del Grupo.....

Procedimiento:

1- Se reparten las semiotecnias.

2- Mientras un miembro del grupo la realiza, la va explicando y el resto va corrigiendo o agregando o aprendiendo.

3- Se registran a posteriori todas las observaciones y dificultades grupal, NO individual, en

esta planilla. (cada miembro se queda con su propia planilla).

Semiotecnicas a evaluar:

Con el paciente acostado: (proveerse de silla para el exámen de abdomen).

- 1.Semiotecnia Cardiovascular Central,
2. Pulsos periféricos(Carotídeo, Humeral,radial,femoral,poplíteo,tibial posterior,pedio),
- 3.Abdomen General,(I,P,P,A)+Maniobra de Murphy y Búsqueda de Blumberg.
4. Hgado(altura y palpación)
5. y Bazo (Traube,Castel,Middelton modificada).

Con el paciente Sentado:

x delante del paciente: Ganglios de cabeza y cuello.

x detrás del paciente: Palpación Tiroidea,Semiotecnia Respiratoria, Puño Percusión.

Realizar comentarios en relación a los siguientes ítems y la práctica semiotécnica

ORDENAMIENTO.....

TÉCNICA.....

DIFICULTADES.....

DISCREPANCIAS.....

PRÁCTICAS PERSONALES NO CONSENSUADAS.....

ASPECTOS A MEJORAR.....

COMO SE VA A MEJORAR LA REALIZACIÓN DE LA SEMIOTECNIA EN LA SALA/GUARDIA?.....

Fue útil esta autoevaluación grupal?

Que otros aspectos se autoevaluarían?

PROPUESTA PARA LA INSTRUCTORÍA DE LA RESIDENCIA DE CLÍNICA MÉDICA DEL HOSPITAL "SAN ROQUE" DE GONNET

Efraín Salvioli

➤ Indice:

- 1) *Objetivos General***
- 2) *El Modelo Médico***
- 3) *El Perfil de la Residencia***
- 4) *El Perfil del Residente***
- 5) *Delimitación de la Clínica Médica***
- 6) *Objetivos Particulares de cada año***
- 7) *Residente de 1er. año***
- 8) *Residente de 2do. año***
- 9) *Residente de 3er. año***
- 10) *Residente de 4to. año***
- 11) *Recursos Humanos y Materiales***
- 12) *Sistema de Evaluación***
- 13) *Planificación de la Actividad Vespertina***
- 14) *Anexo de Area Básica. Programa***
- 15) *Cronograma de Actividades***
- 16) *6 años en la Residencia***
- 17) *Bibliografía***

Residencia de Clínica Médica del Hospital "San Roque" de La Plata
Propuesta para la Instructoría de Residentes de Clínica Médica

Objetivo General:

Dar un marco de formación médica integral para el ejercicio de la clínica médica, entendiéndose como tal , al que atiende aspectos biomédicos, éticos y sociales, como producto de la praxis médica y como resultado del trabajo grupal y del autoaprendizaje, siendo la actividad docente y de investigación, acompañantes obligados del accionar asistencial, que tendrá como eje a la salud , en su acepción mas extensa, de la persona asistida.

Como recomienda el Programa de Residencias de Clínica Médica (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires), "los residentes deben tener una visión integradora del individuo y conocimientos de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad, así como una marcada vocación en la asistencia del paciente ambulatorio. Deben guiar en un tránsito ordenado a la población bajo su asistencia, por los distintos niveles de atención, sin delegar responsabilidades y coordinando la actividad de la distintas actividades".

El Modelo Médico:

Definir el modelo de médico acorde a los lineamientos universitarios, es imprescindible para una abordaje inicial al delineamiento del resto de los perfiles, ya sea de la residencia, del residente y del médico clínico.

El modelo médico buscado:

- a) Emplea el método científico y el trabajo en equipo para su tarea asistencial, docente y de investigación.
- b) Reconoce y asume la importancia de la investigación básica, clínica y socioepidemiológica en la práctica médica.
- c) Promueve la salud a nivel individual y comunitario.
- d) Diagnostica los problemas de salud de la población identificando grupos de riesgo.
- e) Previene, diagnostica y trata las enfermedades prevalentes y resuelve las urgencias en el primer nivel de atención de forma eficiente, efectiva y humanista.
- f) Hacer diagnóstico presuntivo de patologías no habituales y actúa cooperativamente e interdisciplinariamente articulando la estrategia de la interconsulta y / o derivación, cuando la situación lo requiera.
- g) Hace uso racional de las tecnologías diagnósticas y / o terapéuticas dentro de un contexto científico, moral y legal.
- h) Desarrolla estrategias de aprendizaje autónomo que permitan seguir aprendiendo y perfeccionándose durante toda su vida profesional.
- i) Orientarse hacia el campo médico que mejor se adapte a sus intereses y a los del medio en que se desarrolla su práctica médica.

El Perfil de la Residencia:

Antes de definir las características o el perfil de médico residente al que se pretende formar, se deben definir aspectos esenciales sobre el propio sistema. Este punto es , a mi entender, trascendente, ya que las residencias médicas , al ser experiencias intensas en cuanto a tiempo, vivencias, relaciones interpersonales, modelos médicos, lo grupal influye de manera decisiva en lo personal.

Una residencia de clínica médica debe tender a desarrollar las siguientes características :

- a) Mantener la integración docente-asistencial, lo que llamamos praxis, como eje formativo, tanto en pacientes internados como ambulatorios.

- b) Una residencia que muestre al ejercicio de la Clínica Médica como arte y como ciencia.
- c) Ejercitar el autoaprendizaje como base de la educación médica continua.
- d) Entenderse como parte de un grupo, del servicio y del hospital.
- e) Formar desde el problema activo.
- f) Premiar la iniciativa grupal o personal, que busque un mejoramiento del sistema de trabajo o aprendizaje.
- g) Tender a la actividad grupal o colectiva, jerarquizando estas actividades como las mas deseadas y de mayor valor.
- h) Dentro de lo grupal, señalar los valores individuales y estimular su desarrollo.
- i) Buscar una “etica de grupo”, que tienda a mejorar las relaciones interpersonales
- j) Generar evaluaciones individuales, grupales y del sistema , en todos sus niveles.
- k) Una residencia que convierta a cada residente en un docente y en un investigador clínico.
- l) Lograr un funcionamiento interno basado en el respeto de opinión, sintiéndose cada uno escuchado y valorado.
- m) Con una Curricula abierta, flexible y participativa.
- n) Una residencia que participe en actividades conjuntas con otras residencias, con la universidad, las sociedades u otros espacios de encuentro con quienes desarrollan una actividad relacionada con la clínica médica.
- o) Una residencia que genere conocimiento y produzca material bibliográfico tanto para el pre como para el postgrado.
- p) Que desarrolle un “estilo” propio de ejercicio de la Clínica Médica.
- q) Una residencia que construya una identidad de aquel que pasa por ella y genere una impronta en su ejercicio médico posterior.

El Perfil del Residente:

Definido el modelo médico en sus lineamiento general y las características del sistema, intentaré delinear el perfil general del residente de clínica médica hacia quien se dirigirá la planificación curricular.

El Residente de Clínica Médica se formará hacia el logro de los siguientes objetivos:

- a) La asistencia de sus pacientes es su principal preocupación y hacia allí irán dirigidos sus principales esfuerzos.
- b) Médico entrenado para el trabajo grupal.
- c) Cada paciente y situación clínica es el disparador de la actualización teórica.
- d) La permanente actualización científica es un deber académico y un compromiso hacia sus colegas y pacientes. .
- e) Busca la excelencia académica y de atención a través del estudio y el trabajo.
- f) Forja una ética de trabajo y estudio basado en el respeto al paciente y sus colegas.
- g) Colabora activamente en la planificación curricular.
- h) Propone actividades superadoras para la residencia.
- i) Participa en el diseño y realización de trabajos de investigación clínica.
- j) Participa en la formación del alumno de medicina de manera formal o informal.
- k) Participa en las actividades que nucleen a médicos clínicos o en formación. (Sociedades, Universidad, Ateneos interresidencias)
- l) Analiza el proceso enseñanza aprendizaje de la residencia y propone modificaciones.
- m) Analiza y participa en la problemática de los sistemas de residencias.

Delimitación de la Clínica Médica:

Características del Médico Clínico:

- a) Médico especialista en adultos.

- b) Enfoca al paciente en su totalidad individual, familiar y social
- c) Es responsable del paciente y lo asiste en forma continua e integral.
- d) Es un profesional formado que resuelve problemas utilizando el método clínico
- e) Debe tener criterio en conocimiento y prácticas para asistir pacientes en forma ambulatoria y en internación.
- f) Coordina la atención médica
- g) Desarrolla acciones de prevención, curación y rehabilitación.
- h) Es el médico de cabecera.
- i) Formado integralmente en los aspectos médicos y humanísticos.

Objetivos particulares de cada año de la Residencia:

TRAYECTOS FORMATIVOS

Rotación en:

UNIDAD TERAPIA INTENSIVA (UTI) o EMERGENTOLOGÍA: se espera que el residente adquiera criterios de interconsulta y/o derivación de pacientes a UTI, conozca el manejo del paciente crítico tanto en UTI como en Emergentología, evalúe y desarrolle criterios para la toma de decisiones, detecte y trate complicaciones intra y post-terapia y adquiera criterios de ingreso y alta de UTI.

En los hospitales que cuenten con área de Emergentología, se privilegiará el pasaje del residente por este dispositivo.

CARDIOLOGÍA: Se espera que el residente adquiera conocimientos sobre la epidemiología, etiología, fisiopatología y clínica de las enfermedades cardiovasculares más frecuentes en la práctica diaria de un médico clínico.

Se capacitará para: diagnosticar patologías cardiovasculares, indicar métodos

auxiliares de diagnóstico, conocer e indicar las terapéuticas más usuales (farmacológicas y no farmacológicas), indicar medidas preventivas y de rehabilitación, adquirir criterios para la derivación oportuna al cardiólogo o al cirujano cardiovascular; conocer la indicación del tratamiento quirúrgico, indicar la utilización de marcapasos.

En las sedes que no puedan asegurar los trayectos formativos considerados básicos en la formación del médico clínico, éstos se realizarán en las sedes que el Instructor considere conveniente.

Primer Año

- Sala de Internación
- Guardia en Sala

Segundo Año

- Sala de Internación: 6 meses
- UTI ó Emergentología: 2 meses
- Consultorio, UCO, Cardiología: 3 meses
- Guardia en Sala
- Sala de Internación

Tercer Año

- Consultorio Externo: frecuencia: 1 vez por semana durante todo el año.
- Rotaciones curriculares optativas: 2 meses
- Guardia Externa

Cuarto Año:

- Atención Primaria de la Salud: intercalando espacios de formación en CAPS del primer nivel de atención (2 veces por semana durante todo el año) y Consultorios externos del segundo nivel de atención. Otra Posibilidad es desarrollar una rotación de 6 meses en un centro de atención primaria donde realicen actividades docentes y se trabaje grupalmente.
- Guardia externa general.

Haré un análisis de los objetivos en cada año de la residencia y en cada aspecto por residente, ya sea en su area cognoscitiva, sensoriomotriz y actitudinal. El **area cognoscitiva** incluye el marco teórico dentro del cual el residente encuentra el sustento científico para su acción, la medicina basada en la evidencia será la que marque los ejes de estos contenidos. Lo **sensoriomotriz**, es el area de las habilidades y destrezas que se pretenden desarrollar durante la residencia, la mayoría están relacionadas con acciones de emergencias, diagnósticas o paliativas. El **area actitudinal**, representa los códigos éticos sobre el cual se funda la acción asistencial, docente o de investigación, fundados en los principios básicos de la ética profesional y por el respeto a los derechos del hombre. Si bien se diferencian por año cada uno de estos objetivos, su cumplimiento se hará acorde a las situaciones médicas que tengan que resolverse.

Residente de Primer año:

Creemos que los objetivos formativos de los residentes del primer años son, en líneas generales, indistintos entre los que van a seguir en Clínica Médica de aquellos que se encuentran haciendo la experiencia en clínica Médica de una especialidad.

Area cognoscitiva: Información, comprensión y aplicación de los conocimientos.

- a) Realización de una Historia Clínica.

- b) Aplicación de los conocimientos para la realización de un resumen semiológico, censo de datos positivos, agrupación sindrómica, diagnósticos diferenciales, planteo terapéutico y de estudios iniciales.
- c) Detección y orientación diagnóstica y terapéutica de las patologías y situaciones clínicas prevalentes de la Sala de Clínica Médica.
- d) Aplicar conocimientos de la Farmacología General a las terapéuticas mas frecuentemente instauradas.
- e) Conocer y aplicar conocimientos en torno a la Radiología Torácica normal y patológica.
- f) Conocer y aplicar conocimientos en relación a la Electrocardiografía normal y patológica.
- g) Conocer y aplicar conocimientos en relación a las Alteraciones del Medio Interno mas frecuentes.
- h) Detección, diagnóstico y Resolución de la patología de emergencia.
- i) Conocer y aplicar conocimientos en torno al laboratorio de las patologías prevalentes de la sala.
- j) Buscar eficientemente bibliografía actualizada, a través del uso de Internet.
- k) Adquisición de conocimientos básicos de inglés técnico para lectura de trabajos de investigación.
- l) Cumplimiento del **Bloque de Formación Curricular** organizado por el Ministerio de Salud, en las que se contempla la formación en Idioma extranjero (Inglés), Metodología de la Investigación, Epidemiología y Derechos Humanos.

Area de Habilidades y Destrezas: Desarrollo de prácticas médicas asistenciales, docentes y de investigación.

- a) Realización de un examen semiológico completo.
- b) Presentar claramente la situación clínica del paciente asistido
- c) Presentación y exposición de casos clínicos para la discusión.

- d) Realización de prácticas :suturas, punción pleural, punción lumbar, punción peritoneal y articular, colocación de sondas, registro electrocardiográfico.

Area actitudinal: Ejercicio de una “etica del residente”

- a) Mantener las normas de la etica profesional en su desenvolvimiento como residente.
- b) Conducirse adecuadamente en la entrevista médica.
- c) Mostrar aptitudes de comunicación para con la familia del paciente.
- d) Respetar las opiniones del paciente y su familia.
- e) Manejarse con respeto hacia otros agentes de salud del hospital. (Otros colegas, enfermeras, camilleros, resto del personal)
- f) Desenvolverse en el contexto grupal, demostrando puntualidad y asistencia.
- g) Demostrar capacidad para aceptar críticas a su desenvolvimiento.
- h) Demostrar capacidad para criticar constructivamente.
- i) Participar en la construcción de un mejor sistema de residencias y del hospital público, actuando como defensor de los mismos .

Residente de Segundo año:

Durante su segundo año, el residente debe profundizar las áreas correspondientes al primero, incorporando nuevas obligaciones y deberes, en lo que sería una “progresiva asunción de responsabilidades asistenciales , docentes y de investigación”, a la que se le agregan las propias de su nivel.

Area Cognoscitiva:

- a) Profundizar los conocimientos adquiridos durante el primer año de la residencia.

- b) Poseer y aplicar los conocimientos necesarios para diagnosticar y tratar las enfermedades clínicas habituales y orientarse en el diagnóstico de patologías infrecuentes.
- c) Poseer y aplicar los elementos teóricos para hacer diagnóstico de la urgencia de una situación.
- d) Poseer conocimientos teóricos sólidos en torno a la interpretación de electrocardiografía, radiología general, medio interno, laboratorio para la resolución del problema planteado en sala, consultorio o emergencias.
- e) Tener aptitud suficiente de la lectura del inglés técnico que permita una interpretación completa de textos científicos.
- f) Adquirir conocimientos en torno a la informática médica para la búsqueda de información actualizada.
- g) Adquirir conocimientos de epidemiología aplicada a la clínica y la investigación.

Area de habilidades y destrezas:

- a) Tener habilidad para monitorear la realización de la anamnesis por parte de los residentes de 1 er año , corregirlos y llevarlos a instancias superadoras.
- b) Tener habilidad para monitorear la realización del examen físico por parte de los residentes de 1 er año , corregirlos y llevarlos a instancias superadoras.
- c) Tener habilidad para hacer un censo de datos positivos, jerarquizarlos, plantear agrupación sindrómica y diagnósticos diferenciales en conjuntos con residentes de 1 er. Año, para corregirlos y llevarlos a instancias superadoras.
- d) Tener habilidad para realizar las siguientes prácticas: punción articular, punción biopsia pleural, punción hepática.
- e) Poder guiar a los residentes de 1 er. Año en la realización de las prácticas clínicas correspondientes.
- f) Transmitir adecuadamente la información médica.

Area actitudinal:

- a) Mantener y Promover normas éticas hacia con los pacientes y sus familiares.
- b) Mantener y Promover una actitud de “escucha activa” hacia con los pacientes.
- c) Ser la contención primaria de los colegas en formación , ante situaciones asistenciales , emocionalmente límites.
- d) Participar con actitud de integración , cooperación y coordinadamente con el resto de los integrantes de la residencia.
- e) Mantener y promover una actitud docente.
- f) Transmitir la necesidad de mantener respeto por el resto de los colegas y de todo el equipo de salud hospitalario.

Residente de tercer año:

Area Congnositiva:

- a) Poseer y aplicar los conocimientos necesarios para diagnosticar y tratar patologías de cuidado intensivo.
- b) Poseer y aplicar los conocimientos necesarios de hospitalización, derivación e interconsulta en consultorio externo.
- c) Realizar oportunamente interconsultas y derivaciones.
- d) Opinar y dirigir conductas fundamentadas en la evidencia científica actualizada y comprobable en relación al diagnóstico, métodos de estudio, diagnósticos diferenciales y plan terapéutico.
- e) Realizar un seguimiento ambulatorio adecuado y fundamentado en la evidencia, de los pacientes externados.
- f) Analizar métodos por imágenes de mayor complejidad. (tomografía, RMN, Centellografía, informe del ecocardiograma).

- g) Integrar los conocimientos de las guías terapéuticas y/o consensos a la práctica cotidiana.
- h) Conocer y comprender las bases de la metodología del proceso enseñanza aprendizaje necesarios para la actividad docente.

Area de habilidades y destrezas:

- a) Desarrollar capacidades para la coordinación del trabajo de la sala de internación.
- b) Guiar en el trabajo de asistencia ambulatoria.
- c) Desarrollar actividades docentes en todos los niveles de la actividad teórica.
- d) Guiar en el desarrollo de trabajos de investigación.
- e) Tener capacidad para realizar observaciones a los colegas residentes en relación a los aciertos o errores que detecte en la entrevista médica
- f) Desarrollar una actitud de enseñanza permanente en el equipo de salud.
- g) Ser interconsultor en otros servicios.
- h) Poseer destreza para las siguientes prácticas: drenaje pleural, monitoreo hemodinámico, asistencia respiratoria, punción pericárdica, cardioversión eléctrica, punción de subclavia y yugular, traqueotomía.

Area Actitudinal:

- a) Desarrollar una actitud de liderazgo.
- b) Valorar actitudes clínicas que consideren la salud y la enfermedad en su entorno biológico, psicológico y social
- c) Llevar adelante trabajos de investigación que incluyan a varios integrantes de la residencia.
- d) Colaborar con un ambiente de trabajo cordial y estimulante.
- e) Llevar adelante una entrevista médica basada en la escucha activa del paciente y el respeto a sus valores.

- f) Demostrar respeto por sus colegas.

Residente de 4to. Año:

Se espera que el residente de clínica médica en su cuarto año desarrolle actividades asistenciales en los Centros de Atención Primaria de la Salud, desarrollando y sumando los siguientes puntos prácticos:

1. Asistencia ambulatoria e Internación: el desempeño del residente en este ámbito contempla: la atención de pacientes en forma programada y por demanda espontánea, la recepción del paciente al ingreso, el diagnóstico y tratamiento. Se espera que aplique criterios para realizar interconsulta, derivación oportuna y alta.

2. Primer nivel de atención: se espera que el residente se inserte activamente en este nivel de atención realizando las siguientes actividades: participar en la elaboración de un diagnóstico de salud comunitario, reconocimiento de problemáticas prevalentes del área programática del CAPS, integrar activamente el equipo de salud, diseñar y ejecutar proyectos de promoción y prevención de la salud, implementar acciones de referencia/ contrarreferencia, asistir y realizar seguimiento de pacientes. Para esto es preciso afianzar conceptos sobre la estrategia de Atención Primaria de la Salud, diagnóstico de salud comunitario, trabajo intersectorial e interinstitucional, etc.

3. Emergencia: los ámbitos de aprendizaje son la guardia externa, guardia en sala y la rotación por Emergentología y/o Terapia Intensiva.

En la elección de la guardia externa se privilegiarán aquellas que cuenten con

referentes docentes de la especialidad.

4. Interconsulta: se espera que el residente adquiera criterios para solicitar y resolver interconsultas.

5. Cuidados paliativos: el creciente número de pacientes con enfermedad avanzada y terminal, el escaso conocimiento de los principios básicos y estrategias de la medicina paliativa así como la demanda educativa "oculta" en profesionales de la salud hacen necesario incluir este área en la formación del médico clínico. Se espera que el residente adquiera capacidades para: proporcionar confort físico mediante el alivio de síntomas y atención a detalles como cuidados corporales, cuidado de la boca y alimentación e hidratación naturales. Comunicar y brindar apoyo emocional, asegurando al enfermo ser escuchado, participar en las decisiones, obtener respuestas claras y honestas y expresar sus emociones. Atender a las necesidades sociales, favoreciendo el mantenimiento, reencuentro y/o creación de lazos afectivos con familiares y equipo terapéutico. Acompañar al paciente reconociendo el planteamiento de cuestiones existenciales. Ayudar a familiares durante la enfermedad y el duelo.

6. Salud Mental: la inserción en este área responde a la necesidad de delimitar los alcances y límites de la incumbencia del médico en las problemáticas de salud mental así como conocer y aplicar criterios esenciales para el diagnóstico, interconsulta y derivación.

Las estrategias para la formación en este Área deberán adecuarse a las características de la sede de residencia. Los Instructores de las especialidades médicas articularán con los Servicios de Salud Mental Hospitalarios y/o los equipos de Salud Mental de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) para lograr la construcción de espacios de formación conjunto. Se priorizará el

espacio de interconsulta. Se planificarán espacios de transmisión teórica que brinden herramientas para la resolución de las problemáticas que se presentan, privilegiándose los ateneos interdisciplinarios como instancia de reflexión. En los casos en que los recursos lo permitan se podrán instituir como circuitos de formación el área de admisión en servicios de salud mental de hospitales generales y/o las áreas de salud mental de los CAPS. En los hospitales generales que cuenten con servicio de salud mental, se podrá considerar como ámbito posible de capacitación la guardia de salud mental.

7. Interdisciplina: se espera que el residente se inserte activamente en equipos interdisciplinarios. Se promoverá su participación en las reuniones de equipos para discutir y reflexionar sobre los problemas que plantea la práctica.

Recursos Humanos y Materiales:

Equipo Docente:

El grupo docente natural e inmediato del médico clínico en formación son aquellos con los que interactúan para la resolución de una situación clínica, ya sea en la faz diagnóstica, terapéutica o de interpretación. De tal manera si bien existen aquellos con los que se interrelacionarán de manera cotidiana y desde la propia especialidad (Jefa de Servicio, Jefes de Sala, Médicos de Planta), existirán otros con los que interactuarán de manera mas puntual o dirigida, tal es el caso del especialista al que se lo consulta por un problema específico. Pero todo el Sistema Hospitalario, ya sea desde sus recursos humanos o técnicos cumplen alguna tarea en la formación del médico residente en clínica médica.

Articulación del Instructor de Residentes con el Equipo Docente:

El principio formativo básico de aprender haciendo o praxis obliga a una articulación entre aquellos que trabajan en la faz asistencial y los que lo hacen desde lo académico. En este sentido el instructor de residentes, responsable de la actividad académica debe llevar adelante un programa que comprenda el trabajo conjunto con los médicos del Servicio que incluirán los siguientes puntos o acciones:

- a) Dar participación en la Programación Temática.
- b) A través de invitaciones para desarrollar temas o dar clases.
- c) Llevar adelante trabajos de investigación en conjunto con la Residencia.
- d) Organizar las Jornadas Anuales de la Residencia.
- e) Participación en los Procesos de evaluación.

Lugar:

-Aula de la Residencia de Clínica Médica

-Salas de Cuidados Intermedios-Generales-Guardia

-otros centros asistenciales (ateneos interresidencias de Clínica Médica-Hospital Italiano-etc)

Salas de Clínica Médica

Consultorios de Clínica Médica.

Guardia de Emergencias.

Recursos Físicos y Materiales:

Salas: Cuidados intermedios y generales .Polivalente.

Guardia de emergencias: 3 shock-room, 6 camas ,6 boxes consultorio.

Consultorios : de Clínica mèdica y Factores de riesgo cardiovascular.

Aula Magna del Hospital.

a) En la Residencia:

Cañón de Proyección Digital

Retroproyector

Proyector

Pizarra

Negatoscopio

Computadora.

Biblioteca con :

-textos de Clínica Médica (Harrison –Cecil-)

-PROAMI (Programa de actualización en Medicina Interna)

-textos de especialidades (Mandel de Infectología-Goodman y Gilman de Farmacología-Mc Arthy de Reumatología-etc)

-Archivos de protocolos de actuación .

b) Biblioteca del Hospital:

Material de apoyo didáctico

Publicaciones vinculadas con la especialidad y especialidades afines.

Evaluación:

- a) Del Funcionamiento de la Residencia en General
- b) De los Residentes
- c) Del Jefe de Residentes
- d) Del Instructor de Residentes

e) De la Actividad asistencial

Diagnóstico de Necesidades: Puede ir incorporado a las evaluaciones generales o ser realizado al inicio del ciclo. La idea de este ítem es resaltar la importancia de cualquier evaluación para remarcar “lo que falta”, ya sea en lo inmediato o como plan estratégico, en la cotidiano como en las situaciones de excepción. Planificar las actividades tanto teóricas como prácticas de la residencia, implica la realización de un reevaluamiento de las necesidades y diagnóstico de situación en todos los niveles. Es así que un correcto planeamiento curricular debe partir desde la búsqueda de lo que falta, para así poder identificar lo que se va a mantener, lo que se va a desjerarquizar y lo que se va a construir. Las necesidades y la “situación” no son ítems invariables y cualquier método que se utilice para enmarcarlas tendrá fuerza y validez si se mantienen a lo largo de todo el proceso, estipulando los tiempos y las formas de su encuadre. Muchos de estos aspectos surgirán de las evaluaciones o de los diálogos informales cotidianos que marcan un currículum “oculto”, o no estructurado, al que el instructor y los que conducen la residencia deben estar permeables para su incorporación a la planificación general. Para ello es indispensable una curricula abierta, flexible y participativa. Por ello es necesario plantear estrategias para la detección y análisis de las necesidades:

Instrumentos para su implementación:

(De ir incorporada a las evaluaciones generales adquieren las características y reglas generales de la misma)

Encuesta al Plantel de Staff de la Sala de Clínica Medica: Pudiéndose realizar individualmente, una encuesta para el Jefe del Servicio y para cada médico de planta permanente, o motivar una reunión entre todos los miembros del Servicio, generando una opinión en conjunto, avalada por el/la Jefe/a del mismo.

Encuesta al los residentes: También puede plantearse individualmente o de manera grupal, en el último caso la opinión será de conjunto, con una discusión coordinada por el/la Jefe/a de la residencia.

Encuesta al Instructor de Residentes

Análisis de las encuestas: Se realizará en conjunto con el jefe de Sala, Jefe de residentes e Instructor, los que analizarán las opiniones y las contrastarán con la dirección que , en esos aspectos, está tomando la residencia. En esta reunión es esperable que se jerarquice cada opinión , valorando su viabilidad e importancia.

El Instructor será el responsable de la divulgación , evaluación e instrumentación de los cambios que se consensuen.

Sistema de evaluación:

El residente será evaluado al término de cada uno de los módulos estipulados con exámenes acordes al año de residencia.

La metodología empleada será la resolución de casos clínicos con interpretación de métodos complementarios (ECG, radiografía de tórax, tomografía, etc), orientación diagnóstica y plan terapéutico.

La evaluación deberá permitir verificar los logros educativos, y realizar, de ser necesarios, los ajustes didácticos correspondientes.

Cabe destacar que el residente será evaluado día a día en sus tareas cotidianas por el médico de planta a cargo del mismo como así también en la actividad académica diaria teniendo en cuenta no solo la evolución de su aprendizaje sino también aspectos humanos en el trato con el paciente y con sus pares

Además se contará con el examen anual que el Ministerio de Salud realiza cada año para promocionar a los residentes y debiendo adjuntar las planillas evaluativas correspondientes a cada año (planilla B), las planillas de Proceso (Planilla A). Al cumplir los tres años de residencia se promocionará al interesado acorde al examen implementado por el Ministerio y adjuntando la planilla C.

Planificación de la Actividad Complementaria a la Asistencial

Las actividades se desarrollarán preferentemente de manera vespertina, dividiendo las actividades en aquellas concernientes a aspectos o temas de los residentes de primer año de clínica médica y rotantes del servicio y la de los residentes de segundo, tercero y jefe de residentes.

La coordinación y supervisión de las mismas estará a cargo del Jefe de Residentes y del Instructor de la Residencia, en forma separada o conjunta.

Las actividades vespertinas son un pilar fundamental y fundacional de la formación teórica de los residentes, es en ella donde se integra la experiencia de la práctica con la actualización dirigida a la resolución de los problemas. Pero también es un deseable espacio de intercambio de opinión en relación a todos los aspectos del trabajo cotidiano de la residencia y del hospital. En ella convergerán actividades académicas con diseño de trabajo de investigación, clases afines a la formación médica (inglés, informática médica), diagramación del currículum, reuniones con miembros del servicio u otras residencias, Es decir, la tarea vespertina, será considerada trascendental para la ejecución y programación de estrategias educativas a corto o largo plazo y tanto extra como intra institucionales.

Actividades propuestas para el desarrollo del proceso enseñanza aprendizaje:

En este punto hay que valorar dos áreas bien definidas, la primera y la más importante, es la tarea asistencial, la segunda es la actividad teórica, esta última a su vez debe ser entendida como la que se desarrolla dentro del contexto de la residencia (actividad teórica vespertina), y las extra institucionales.

El proceso enseñanza aprendizaje en el plano **asistencial** se desarrollará en las siguientes instancias:

- 1) Tarea de Sala
- 2) Guardia Médica
- 3) Consultorio de Clínica Médica Ambulatoria.
- 4) Rotaciones por Servicios.

- 1) Tarea de Sala: Es la actividad de mayor importancia. Allí se desplegarán todas las capacidades cognitivas, de habilidades y éticas en función de la resolución del problema de salud del paciente internado. Esta actividad es la que guiará la búsqueda bibliográfica en función del problema planteado y motivará la interacción entre todos los miembros del servicio y del hospital a través de interconsultas o discusión del paciente. Estos mismos casos clínicos ya sea resueltos o a por resolver, son los que se discutirán en las actividades teóricas vespertinas o en las discusiones clínicas. El trabajo en la sala es el lugar donde los residentes se forman como docentes naturales de sus colegas, también, en formación. Aquí es donde se evalúa el funcionamiento real de un servicio de clínica médica donde el jefe de servicio, los médicos de planta permanente y los residentes generan la praxis médica, es decir, la asistencia, la docencia y la investigación confundidas en una misma acción.
- 2) Guardia Médica: La resolución de las situaciones de emergencia representa una experiencia asistencial y docente cuyos frutos acompañarán al médico el

resto de su ejercicio profesional, ya que siempre se hallará en tales circunstancias cualquiera sea el lugar donde se desempeñe. Para lograr una adecuada formación se deben garantizar dos aspectos, el primero es tener alguien con mas experiencia en el momento de la resolución de casos clínicos para una oportuna consulta, y ,en segundo término, desarrollar a lo largo de la residencia una actividad teórica que garantice el dictado de los temas mas importantes de la emergentología y su actualización, para ello se realizará un diagnóstico de situación en tanto la prevalencia de enfermedades que se ven en el servicio de emergencias.

- 3) Consultorio de Clínica Médica: La Preparación en Medicina Ambulatoria es uno de los pilares de la formación del clínico, es en el consultorio donde se aprenden a valorar situaciones , que en una internación, no pueden profundizarse. La observación evolutiva de las patologías, la valoración de la respuesta terapéutica, el fracaso o éxito de las medidas preventivas indicadas, el manejo del entorno familiar y otros tantos aspectos, son mejor valorados de manera ambulatoria. Debe haber un tutor a quien consultar en el momento de la resolución de un problema , desarrollándose paralelamente actividades teóricas que se centren en el manejo ambulatorio de patologías prevalentes, con contenidos de atención primaria de la salud, ciencias de la conducta y sobre entrevista médica.

- 4) Rotaciones por Servicios: Está contemplada 1 *rotación curricular* (de 3 meses) para los Residentes de 2do. y de 3er. año, y 1 *optativa extracurricular* de hasta 4 meses entre el 2do. Cuatrimestre de 2do. Año y el 1er. Cuatrimestre de 3er. Año.

Cronograma de Actividades por Año:

Primer Año: Las actividades a desarrollar son en la Sala de Clínica Médica y la Sala de Emergencias.

Segundo Año: Las actividades se desarrollaran en la Sala de Clínica Médica, la Sala de Emergencias y los consultorios de ambulatorios. Con una rotación curricular por Unidad Coronaria del Hospital “San Martín” de La Plata.

Tercer Año: Las actividades se desarrollaran en la Sala de Clínica Médica, la Sala de Emergencias y los consultorios de ambulatorios. Con una rotación curricular por la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital “San Juan de Dios” de La Plata.

El proceso enseñanza aprendizaje de la **actividad teórica vespertina** constará de las siguientes actividades:

- a) Ateneos:
 - a) De pacientes internados
 - b) De pacientes ambulatorios
 - c) Casos Problema
 - d) De pacientes en una situación de emergencia. (guardia médica)
 - e) Interresidencias de Clínica Médica.
 - f) Interresidencias Transdisciplinarios (hospitalario o interhospitalarios)

- b) Exposiciones teóricas
- c) Desarrollo de actividades sobre **Estrategias de Búsqueda Bibliográfica**
- d) Ateneos Bibliográficos.
- e) Pasaje de Sala : (Con fines académicos y complementario del pasaje que se realiza por la mañana en el que se toman decisiones diagnóstico terapéuticas)
 - a) Valoración de signos semiológicos

- b) Ejercicios de Inspección en el diagnóstico clínico.
 - c) Ejercitación de Semiología
 - d) Valoración de Métodos de estudio al pie de la cama del paciente.
 - e) Discusión de situaciones problema.
- f) Talleres sobre casos clínicos o de discusión bibliográfica.
- g) Diálogo con expertos
- h) Otros recursos docentes

Observaciones sobre las actividades teóricas:

- a) 1. Ateneos de pacientes internados: El principal objetivo de esta actividad es el de desarrollar la capacidad de análisis frente a un caso clínico concreto que , preferentemente se halle aún en la sala con dificultades diagnósticas o terapéuticas, a los fines de que la actividad de ateneo tenga, también, una aplicabilidad concreta en lo inmediato. Se desarrollará en el ámbito de la propia residencia, en presencia de todos los miembros, con coordinación del Instructor o Jefe/s. La presentación teórica estará a cargo de un residente de 1er. Año, con una jerarquización de los problemas activos a resolver, ya sea diagnósticos, o de interpretación manejo. Posteriormente un residente de 2do o 3er. Año actualizará los ítems en discusión, dando lugar a una análisis participativo de todos los miembros de la residencia. La frecuencia de la actividad será semanal.
- b) Ateneos de pacientes ambulatorios: Existirá un espacio semanal destinado a la discusión de la problemática de pacientes ambulatorios. Los temas estrictamente biomédicos se centrarán en alguno de los siguientes tópicos:
 - f) Diagnóstico y diagnósticos diferenciales

- g) Uso adecuado de los métodos de estudio en el consultorio.
- h) Control evolutivo y recita del paciente.
- i) Desarrollo de temas de atención primaria y en el primer nivel de atención.

Actividades Extrainstitucionales: Las actividades por fuera del ámbito natural de la residencia, tienen como objetivo compartir espacios de discusión tanto de la disciplina como de la problemática de los sistemas de formación en general, siendo un espacio de encuentro tanto para el objetivo específico (por ej. un ateneo clínico), como para acordar actividades en conjunto.

Las actividades extrainstitucionales propuestas serán las siguientes:

- a) Ateneos Interresidencias.
- b) Jornadas anuales interresidencias
- c) Participar de foros, sociedades u otro tipo de nucleamiento en torno a las residencias de clínica médica o médicas en general.
- d) Participar de Sociedades de Medicina Interna Platenses, Nacionales o Internacionales.
- e) Participar de Jornadas, Simposios, Congresos y todo tipo de actividad científica de medicina interna o disciplinas relacionadas.

Anexo de Área Básica. Programa de actividad teórico práctica - Detalle del contenido

Basándonos en el Programa de la Residencia de Clínica Médica elaborado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires se desarrolla el contenido del mismo adaptado a las características particulares del hospital “San Roque” de Gonnet.

I APARATO CARDIOVASCULAR

Semiología e introducción clínica a las afecciones cardiovasculares

El interrogatorio en cardiología, interpretación de los signos y síntomas

Examen físico interpretación de los soplos y ruidos cardíacos

Examen de los pulsos

Interpretación de los exámenes complementarios

Electrocardiograma. Interpretación, ECG normal. Técnica de realización. Eje eléctrico.

Hipertrofia de las cavidades. Ritmo sinusal y alteraciones del ritmo, bradiarritmias y taquiarritmias

Ecocardiograma, técnica e indicaciones

Ergometría

Estudios radioisotópicos, indicaciones e interpretación

El papel de la radiografía en cardiología

Insuficiencia Cardíaca

Definición. Concepto de epidemiología. Factores etiológicos y factores de riesgo.

Prevención. Interpretación de las manifestaciones clínicas. Exámenes complementarios, cuándo y cómo debemos estudiar a un paciente con sospecha de fallo de bomba. Criterios de internación. Tratamiento no farmacológico y farmacológico. El papel de la medicina basada en la evidencia y la farmacoeconomía.

Hipertensión arterial

Definición. Concepto de Epidemiología. Factores etiológicos y factores de riesgo.

Prevención. Manifestaciones clínicas. Concepto de estadificación. Concepto del JNC VIII.

Exámenes complementarios, cuándo y a quién estudiar. Sospecha de formas secundarias.

Tratamiento no farmacológico y farmacológico de la Hipertensión arterial, criterios para la selección de un fármaco. El papel de la medicina basada en la evidencia y la farmacoeconomía.

Cardiopatía Isquémica

Definición. Epidemiología, el rol de la Cardiopatía Isquémica en Argentina. Factores etiológicos y Factores de riesgo Coronario identificación y prevención. Manifestaciones clínicas. Manejo del paciente con Dolor precordial en la práctica diaria, criterios de Internación. Reconocimiento de los pacientes con Angina de pecho. Exámenes complementarios, cuando y como estudiar.

Tratamiento no farmacológico y Farmacológico de la Cardiopatía isquémica, criterios para la selección de un fármaco. Concepto de tratamiento intervencionista en Cardiología

El rol del médico clínico

Infarto de Miocardio. Síntomas. Exámenes complementarios. Manejo en la Urgencia. El rol del clínico en el Paciente que ha tenido un Infarto.

El paciente con enfermedad Arterial periférica

Definición. Concepto de Epidemiología. Factores etiológicos y factores de riesgo

Prevención. Interpretación de las Manifestaciones clínicas. Exámenes complementarios, cuando y como debemos estudiar.

Criterios de internación. Tratamiento no farmacológico y Farmacológico de la El papel de la medicina basada en la evidencia y la farmacoeconomía.

Enfermedades Valvulares cardíacas

Epidemiología de las enfermedades valvulares

Etiología

Prevención identificación y manejo. Interpretación de los datos de la semiología como se deben estudiar. Concepto de tratamiento. Cuando se debe indicar Cirugía

Estenosis e Insuficiencia Aórtica

Estenosis e Insuficiencia Mitral

Oras Valvulopatias

Arritmias Cardíacas

Epidemiología. Etiología y factores de riesgo. De la Fibrilación auricular. El manejo de la emergencia. Que debe saber un Clínico sobre el manejo de la FA crónica. Cuando se debe anticoagular.

Las Taquicardias supraventriculares conocimiento de las principales formas. Manejo rol del clínico. Papel en la sala de Emergencia

Las Arritmias ventriculares

Extrasístoles Ventriculares. Interpretación del ECG. Taquicardias ventriculares el manejo en la emergencia Cardioversión médica y eléctrica

Aneurismas

Definición. Concepto de Epidemiología. Factores etiológicos y factores de riesgo

Prevención. Manifestaciones clínicas. Exámenes complementarios.

Tratamiento no farmacológico y Farmacológico

Miocardopatias Pericarditis

Definición. Concepto de Epidemiología. Factores etiológicos y factores de riesgo

Prevención. Manifestaciones clínicas. Exámenes complementarios.

Tratamiento no farmacológico y Farmacológico El Chagas en Argentina

Shock

Definición, Etiología. Fisiopatología y manejo en la emergencia

Endocarditis (ver Infectología)

Patología Venosa (ver Hematología)

II APARATO RESPIRATORIO

Semiología e introducción a las afecciones Respiratorias

Interrogatorio y Examen físico

Interpretación crítica de los exámenes complementarios.

Test de función respiratoria. Espirometría. Patrón restrictivo y Obstrutivo. Curvas flujo volumen.

Interpretación de los gases en sangre

Rx de Tórax. Interpretación de Rx Normal

Rx patológica

Asma

Definición. Concepto de Epidemiología. Factores etiológicos y factores de riesgo

Prevención. Manifestaciones clínicas Criterios de diagnóstico, Clasificación de la NIH. Exámenes complementarios, la interpretación de los test de función respiratoria. Manejo de la crisis asmática

Criterios de internación

Manejo del Asma en la Sala de internación

Tratamiento no farmacológico y Farmacológico

EPOC

Definición. Concepto de Epidemiología. Factores etiológicos y factores de riesgo

Prevención. Manifestaciones clínicas Criterios de diagnóstico. Exámenes complementarios, la interpretación de los test de función respiratoria. Manejo de la Urgencia el EPOC agudizado

Criterios de internación Tratamiento no farmacológico y Farmacológico y tratamiento.

Derrames pleurales

Concepto de las principales formas clínicas. Etiología y epidemiología. Interpretación de exudado y trasudado. Conocimiento de la técnica de Punción y las indicaciones de la misma. Formas de presentación. Derrame paraneumónico y Empiema e indicaciones de drenaje. Derrame pleural maligno

Insuficiencia respiratoria

Definición Interpretación de los Gases en sangre, Mecanismos de Desarrollo. Concepto de Hipoventilación, Efecto Shunt, Trastorno de Difusión y alteraciones de la relación Ventilación Perfusión. Manejo de la Oxigenoterapia.

Concepto básico de ARM

Cáncer de Pulmón

Epidemiología etiología y factores de riesgo. El tabaquismo prevención y educación.

Formas de presentación. Variantes Histológicas. Métodos complementarios de diagnóstico. Estadificación. Tratamiento concepto de Tratamiento Quirúrgico, Quimioterapia y Radioterapia

Embolia de Pulmón

Epidemiología. Etiología y factores de Riesgo. Prevención. Elementos de sospecha de TEP. Conocimiento de los factores de riesgo.

Manejo de los exámenes complementarios

Tratamiento manejo de las estrategias de profilaxis en la sala y en forma ambulatoria.

Niveles de riesgo

Enfermedades Intersticiales del Pulmón

Alveolitis Fibrosantes. Definición. Concepto de Epidemiología. Clasificación y formas de presentación

Factores etiológicos y factores de riesgo Prevención. Manifestaciones clínicas Criterios de diagnóstico. Exámenes complementarios, la interpretación de los test de función respiratoria. Tratamiento no farmacológico y Farmacológico

Enfermedades ocupacionales

Definición. Concepto de Epidemiología. Factores etiológicos y factores de riesgo

Prevención y educación. Manifestaciones clínicas Criterios de diagnóstico. Exámenes complementarios, la interpretación de los test de función respiratoria. Tratamiento no

farmacológico y Farmacológico El Pulmón en las enfermedades sistémicas El Pulmón en las Enfermedades Reumáticas Pulmón y Drogas

Hipertensión Pulmonar

Formas primarias y secundarias diagnóstico y tratamiento. Cor Pulmonar. Prevención y tratamiento

Patología del Mediastino

Interpretación de los síntomas

Diagnóstico por imágenes en la Patología mediastínica

III APARATO DIGESTIVO

Semiología e introducción a las enfermedades del aparato digestivo.

Interrogatorio y Examen físico

Interpretación crítica de los exámenes complementarios. Indicaciones de Endoscopia.

Rx de abdomen y Ecografía

Alteraciones de la Motilidad del esófago y Esofagitis por Reflujo

Definición. Concepto de Epidemiología. Clasificación y formas de presentación

Factores etiológicos y factores de riesgo Prevención. Manifestaciones clínicas Criterios de diagnóstico. Exámenes complementarios. Tratamiento no farmacológico y Farmacológico

Cáncer de Esófago

Definición. Epidemiología. Clasificación Histológica y formas de presentación

Factores etiológicos y factores de riesgo Prevención. Manifestaciones clínicas Criterios de diagnóstico. Exámenes complementarios. Tratamiento quirúrgico. No farmacológico y Farmacológico

Evaluación del paciente con Disfagia

Cuerpos extraños de Esófago

Dispepsia

Definición. Epidemiología. Clasificación y formas de presentación. Factores etiológicos y factores de riesgo Prevención. Manifestaciones clínicas Criterios de diagnóstico. Exámenes complementarios. Tratamiento no farmacológico y Farmacológico.

Úlcera péptica manejo y tratamiento

Helicobacter Pylori en la práctica diaria. Gastritis agudas y crónicas

Colon Irritable

Definición. Epidemiología. Formas de presentación. Etiología y patogenia. Factores de riesgo. Prevención. Manifestaciones clínicas. Criterios de diagnóstico. Plan de estudios. Tratamiento no farmacológico y Farmacológico.

Cáncer Gástrico

Definición. Epidemiología. Etiología y patogenia. Factores de riesgo. Prevención. Manifestaciones clínicas Plan de estudios y Estadificación. Tratamiento

Diarrea

Definición. Epidemiología. Diarrea aguda y crónica. Etiología y patogenia. Factores de riesgo. Prevención. Manifestaciones clínicas

El manejo ambulatorio y criterios de internación.

Plan de estudios. Tratamiento no farmacológico y Farmacológico.

Síndrome de mala absorción diagnóstico y manejo

Constipación

Definición. Epidemiología. Diarrea aguda y crónica. Etiología y patogenia. Factores de riesgo. Prevención. Manifestaciones clínicas

El manejo ambulatorio y criterios de internación.

Plan de estudios. Tratamiento no farmacológico y Farmacológico

Enfermedad inflamatoria del Intestino

Definición. Epidemiología. Concepto de Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Chron. Etiología y patogenia. Prevención. Manifestaciones clínicas

El manejo ambulatorio y criterios de internación.

Plan de estudios. Tratamiento no farmacológico y Farmacológico

Patología Anorrectal

Definición. Epidemiología. Etiología y patogenia. Factores de riesgo. Prevención. Manifestaciones clínicas El manejo ambulatorio. Plan de estudios. Tratamiento no farmacológico y Farmacológico

Hemorroides. Fisuras e Incontinencia Fecal

Enfermedad Diverticular

Definición. Epidemiología. Etiología y patogenia. Factores de riesgo y papel de la dieta en la prevención. Manifestaciones clínicas, Diverticulosis y Diverticulitis. El manejo ambulatorio. Plan de estudios. Tratamiento no farmacológico y Farmacológico

Hemorragia digestiva

Definición. Hemorragia digestiva alta y baja. Epidemiología. Etiología y patogenia. Factores de riesgo. Prevención. Manifestaciones clínicas. El manejo ambulatorio. Indicaciones de Internación y comportamiento ante la emergencia. Plan de estudios. Tratamiento no farmacológico y Farmacológico

Cáncer de Colon y Recto

Definición. Epidemiología. Clasificación y formas de presentación. Factores etiológicos y factores de riesgo. Prevención. Manifestaciones clínicas. Exámenes complementarios y estadificación. Tratamiento quirúrgico y paliativo

Pancreatitis

Definición. Concepto de formas agudas y crónicas. Epidemiología. Clasificación y formas de presentación. Factores etiológicos y factores de riesgo. Prevención. Manifestaciones clínicas. Insuficiencia pancreática. Criterios de diagnóstico. Exámenes complementarios. Criterios de internación. El manejo de la emergencia, interpretación de los criterios de Ranson y sistema Apache. Tratamiento no farmacológico y Farmacológico.

Hepatitis agudas

Definición. Concepto de formas agudas y crónicas. Epidemiología. Clasificación y formas de presentación. Factores etiológicos y factores de riesgo Prevención, Vacunación indicaciones. Manifestaciones clínicas. Exámenes complementarios. Criterios de internación.

Tratamiento no farmacológico y Farmacológico.

Hipertensión portal

Definición. Epidemiología. Clasificación y formas de presentación. Factores etiológicos y factores de riesgo Prevención. Manifestaciones clínicas. Exámenes complementarios. Criterios de internación. El manejo de la emergencia

Tratamiento no farmacológico y Farmacológico.

Ascitis

Definición. Epidemiología. Clasificación diferencia entre Hipertensión Portal y otras causas. Factores etiológicos y factores de riesgo Prevención. Manifestaciones clínicas.

Criterios de diagnóstico interpretación del GASA

Exámenes complementarios. Criterios de internación.

Tratamiento no farmacológico y Farmacológico.

Hepatotoxicidad por Drogas

Concepto y principales agentes causales, identificación y prevención

Hígado y Embarazo

Litiasis biliar

Definición. Epidemiología. Factores etiológicos y factores de riesgo Prevención. Manifestaciones clínicas. Diagnóstico Exámenes complementarios. Criterios de internación.

Tratamiento no farmacológico y Farmacológico.

Cirrosis Hepática. Insuficiencia Hepática aguda y Crónica

Definición. Epidemiología. Clasificación Factores etiológicos y factores de riesgo Prevención. Manifestaciones clínicas.

Exámenes complementarios. Criterios de internación.

Tratamiento no farmacológico y Farmacológico.

Hepatitis crónicas

Definición. Epidemiología. Clasificación Factores etiológicos y factores de riesgo Prevención. Manifestaciones clínicas. Exámenes complementarios. Tratamiento no farmacológico y Farmacológico. Indicaciones de Biopsia y tratamiento con Interferón .

Abdomen Agudo

Identificación de sus causas. Criterios de internación. Inter consultas

IV ENFERMEDADES NEFROURINARIAS

Semiología e introducción a las enfermedades nefrourológicas

Interrogatorio y Examen físico

Evaluación crítica de los exámenes complementarios

Papel de la Radiología, Resonancia, Ecografía, TAC y otros estudios en Nefrología.

Insuficiencia Renal aguda

Definición. Epidemiología. Causas y prevención. Riñón y Drogas. Manejo del paciente.
Manejo en la emergencia. Tratamiento. Indicaciones de Diálisis

Insuficiencia Renal Crónica

Definición. Epidemiología. Causas y prevención. Diabetes y Riñón.
Manejo del paciente, interpretación del Laboratorio. Manejo en la emergencia.
Tratamiento no farmacológico y Farmacológico. Indicaciones de Diálisis

Litiasis Renal

Definición. Epidemiología. Causas y prevención. Manejo del paciente, interpretación del
Laboratorio, metabolismo del Calcio.

Manejo del Cólico Renal.

Estudio metabólico

Tratamiento no farmacológico y Farmacológico. .

Infecciones Urinarias

Definición. Epidemiología. Causas y prevención. Manejo del paciente, interpretación del
Laboratorio. Infección urinaria baja y alta. Plan de estudios. Indicaciones de internación.
Tratamiento no farmacológico y Farmacológico.

Neoplasias de Riñón y sistema Genitourinario

Definición. Epidemiología. Causas y prevención. Manejo del paciente. Plan de estudios y
estadificación. Indicaciones de internación. Indicaciones de Tratamiento Quirúrgico y
quimioterapia

Uropatía Obstructiva y Patología de la Próstata

Definición. Epidemiología. Causas y prevención. Manejo del paciente, interpretación del Laboratorio. Plan de estudios. Indicaciones de screening con PSA.

Tratamiento no farmacológico y Farmacológico.

Patología Testicular

Retención aguda de orina

Glomerulopatias

Concepto de síndrome Nefrótico y Nefrítico. Formas de presentación

Epidemiología. Etiología formas primarias y secundarias. Riñón y diabetes

V REUMATOLOGÍA

Semiología e introducción a las enfermedades Reumáticas . El Interrogatorio. Artritis y Artralgias. Diferencias entre Mono, Oligo y Poliartritis.

Selección de estudios el papel del laboratorio en Reumatología

Otros exámenes

Niveles de sospecha. El criterio para la selección de los estudios

Artritis Reumatoidea

Definición. Epidemiología. Formas de presentación. Etiología y patogenia. Factores de riesgo. Prevención. Manifestaciones clínicas Criterios de diagnóstico. Plan de estudios.

Tratamiento no farmacológico y Farmacológico.

Vasculitis

Definición. Epidemiología. Formas de presentación. Etiología y patogenia. Factores de riesgo. Prevención. Manifestaciones clínicas Criterios de diagnóstico. Plan de estudios. Tratamiento no farmacológico y Farmacológico.

Esclerodermia y Síndrome de Raynaud

Definición. Epidemiología. Formas de presentación. Etiología y patogenia. Factores de riesgo. Prevención. Manifestaciones clínicas Criterios de diagnóstico. Plan de estudios. Tratamiento no farmacológico y Farmacológico.

Lupus

Definición. Epidemiología. Formas de presentación. Etiología y patogenia. Factores de riesgo. Prevención. Manifestaciones clínicas Criterios de diagnóstico. Plan de estudios. Tratamiento no farmacológico y Farmacológico.

Osteoartritis

Definición. Epidemiología. Formas de presentación. Etiología y patogenia. Factores de riesgo. Prevención. Manifestaciones clínicas Criterios de diagnóstico. Plan de estudios. Tratamiento no farmacológico y Farmacológico.

Lumbalgia

Definición. Epidemiología. Manejo de los pacientes. Identificación de los factores de riesgo exámenes complementarios

Tratamiento

Artropatias cristálicas

Gota y Pseudogota

Definición. Epidemiología. Formas de presentación. Etiología y patogenia. Factores de riesgo. Prevención. Manifestaciones clínicas Criterios de diagnóstico. Plan de estudios. Tratamiento no farmacológico y Farmacológico.

Fibromialgia

Definición. Epidemiología. Formas de presentación. Etiología y patogenia. Factores de riesgo. Prevención. Manifestaciones clínicas Criterios de diagnóstico. Plan de estudios. Tratamiento no farmacológico y Farmacológico.

Polimiositis y dermatomiositis

Espóndilo artropatías

Definición. Epidemiología. Formas de presentación. Etiología y patogenia. Factores de riesgo. Prevención. Manifestaciones clínicas Criterios de diagnóstico. Plan de estudios. Tratamiento no farmacológico y Farmacológico

Osteoporosis

Definición. Epidemiología. Formas de presentación. Etiología y patogenia. Factores de riesgo. Prevención. Manifestaciones clínicas Criterios de diagnóstico. Plan de estudios. Tratamiento no farmacológico y Farmacológico

VI ENDOCRINOLOGIA Y METABOLISMO

Semiología e introducción a las enfermedades Endocrinometabólicas. Interrogatorio. Y

Examen físico

Uso racional de los exámenes de laboratorio.

Diabetes Mellitus

Definición. Epidemiología. Clasificación, los nuevos criterios según la Asociación Americana de Diabetología. Etiología y Patogenia. Síndrome Metabólico, definición y diagnóstico

Diagnóstico y seguimiento

Control del diabético

Manejo de las complicaciones agudas y crónicas

Prevención

Tratamiento farmacológico nuevas y viejas drogas esquemas de Insulinoterapia en la sala de Internación y en el alta del paciente. La Insulinoterapia intensiva. Farmacoeconomía manejo de las nuevas drogas y Medicina Basada en la evidencia

Hipotiroidismo

Definición. Concepto de Epidemiología. Factores etiológicos y factores de riesgo

Prevención. Manifestaciones clínicas. Exámenes complementarios.

Tratamiento no farmacológico y Farmacológico

Hipertiroidismo

Definición. Concepto de Epidemiología. Factores etiológicos y factores de riesgo

Prevención. Manifestaciones clínicas. Exámenes complementarios.

Tratamiento no farmacológico y Farmacológico

Nódulo de tiroides

Identificación y manejo. Epidemiología. Plan de estudios. Indicaciones de PAAF.
Tratamiento Indicaciones de Cirugía. Carcinoma de Tiroides. Clasificación y manejo

Hiperlipidemias

Definición. Clasificación. Epidemiología. Valores normales de lípidos en sangre. Plan de estudios. Identificación de las poblaciones de riesgo. Prevención. Dieta y manejo de los pacientes. Identificación de las tres categorías de riesgo

Tratamiento farmacológico

Niveles de evidencia Farmacoeconomía

Enfermedades Suprarrenales

Síndrome de Cushing Insuficiencia suprarrenal

Tumores

Epidemiología niveles de sospecha

Plan de estudios

Tratamiento

Patología Hipofisaria

Definición. Tumores hipofisarios manifestaciones clínicas

Plan de estudios

Tratamiento

Insuficiencia hipofisaria

Obesidad y trastornos de la alimentación.

Anorexia y pérdida de peso. Bulimia. Epidemiología

Prevención conductas alimentarias. Consejo. Identificación de los pacientes de riesgo

Climaterio

Hipogonadismo menopausia femenina

Hirsutismo en la mujer y Síndrome de Ovario Poliquístico

Trastornos anovulatorios

Infertilidad

VII ALTERACIONES HIDROELECTROLITICAS Y DEL MEDIO INTERNO

Fisiología del medio Interno

Interpretación y metodología de la evaluación

Alteraciones del equilibrio Acido Base. Acidosis y Alcalosis, compensación. Manejo de las principales alteraciones.

Alteraciones Hidroelectrolíticas

VIII ALTERACIONES DE LA SANGRE Y SISTEMA HEMATOPOYETICO

Semiología e introducción a las enfermedades Hematológicas

Interrogatorio y Examen físico

Evaluación crítica de los exámenes complementarios

Anemias

Definición. Epidemiología. Formas de presentación. Etiología y patogenia. Anemia ferropénica y anemias secundarias. Anemias carenciales. Oras Anemias

Factores de riesgo. Prevención. Manifestaciones clínicas Plan de estudios. Tratamiento no farmacológico y Farmacológico

Leucemia

Definición. Epidemiología. Formas de presentación. Etiología y patogenia. Factores de riesgo.

Diagnóstico. Clasificación formas agudas y crónicas. Manejo del paciente inmunodeprimido soporte clínico. Manejo del paciente Neutropénico febril, rol del clínico

Concepto de tratamiento

Linfomas

Definición. Epidemiología. Formas de presentación. Etiología y patogenia.

Linfoma Hodgkin y no Hodgkin formas de presentación. Estadificación. Clasificación actual.

Concepto de manejo rol del clínico

Leucemias crónicas

Leucemia Linfática crónica,. Definición. Epidemiología.

Leucemia Mieloide crónica. Los síndromes Mieloproliferativos. Definición y concepto

Mieloma Múltiple

Definición. Etiología. Presentación clínica. Criterios de diagnóstico. Estadificación.

Hemostasia normal y sus alteraciones

Interpretación de las pruebas de coagulación

Trombocitopenia y Trombocitopatias.

Manejo de la anticoagulación

Antiagregación plaquetaria y sus indicaciones

Trombosis Venosa Profunda

Definición. Etiología. Factores de riesgo. Presentación clínica y diagnóstico diferencial.

Prevención y tratamiento

IX SINDROMES NEUROLÓGICOS

Semiología e introducción a las enfermedades neurológicas

Interrogatorio y Examen físico

Síndromes Neurológicos

Síndrome de Hipertensión endocraneana

Evaluación crítica de los exámenes complementarios

Papel de la Resonancia, TAC y otros estudios en Neurología.

Enfermedad cerebrovascular

Definición. Epidemiología. Formas de presentación. Etiología y patogenia. ACV isquémico y

Hemorrágico. Factores de riesgo. Prevención. Manifestaciones clínicas. Plan de estudios.

Tratamiento no farmacológico y Farmacológico

Epilepsia

Definición. Epidemiología. Formas de presentación. Etiología y patogenia. ACV isquémico y Hemorrágico. Factores de riesgo. Prevención. Manifestaciones clínicas Plan de estudios. Tratamiento no farmacológico y Farmacológico

Polineuritis

Definición. Epidemiología. Formas de presentación. Etiología y patogenia. Factores de riesgo. Prevención. Manifestaciones clínicas Plan de estudios. Tratamiento no farmacológico y Farmacológico

Cefalea

Definición, formas clínicas. Enfoque del paciente
Epidemiología. Causas identificación de las formas clínicas
Tratamiento

Tumores del Sistema Nervioso

Definición. Epidemiología. Formas de presentación. Etiología y patogenia. Manifestaciones clínicas Plan de estudios. Tratamiento

Enfermedades Desmielinizantes

Definición. Epidemiología. Formas de presentación. Etiología y patogenia.
Prevención. Manifestaciones clínicas Plan de estudios. Tratamiento no farmacológico y Farmacológico

Enfermedad de Parkinson

Definición. Epidemiología. Formas de presentación. Etiología y patogenia. ACV isquémico y Hemorrágico. Factores de riesgo. Prevención. Manifestaciones clínicas Plan de estudios. Tratamiento no farmacológico y Farmacológico

X ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

Depresión y Ansiedad, definición. Criterios diagnósticos. Epidemiología. Manejo de los pacientes. Exámenes complementarios. Tratamiento

Demencias

Síndrome confusional agudo

Esquizofrenia

Definición. Epidemiología. Evaluación y manejo. Plan de estudios. Tratamiento

XI ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Neumonías

Neumonía adquirida en la comunidad definición. Criterios de internación, manejo de los sistemas de puntaje elaborados por la Sociedad Argentina de Infectología.

Neumonía intrahospitalaria definición y prevención. Tratamiento

Neumonía por Anaerobios

Neumonía en Inmunodeprimidos

Tuberculosis

Epidemiología. El rol de los factores de sociales en la recrudescencia e nuestro medio. Prevención. Identificación de los grupos de riesgo. La TBC en Inmunodeprimidos. TBC multirresistente.

Clínica

Interpretación de la Rx de Tórax

Infección primaria y Reinfeción

Tratamiento

Recomendaciones

Osteomielitis

Definición. Epidemiología reconocimiento de las formas agudas y crónicas. Plan de estudios y tratamiento

Infecciones de Piel y partes blandas

Clasificación. Erisipelas y Celulitis. Infecciones necrosantes. Definición y criterios de internación.

Infecciones del Sistema Nervioso Central

Meningitis agudas definición. Epidemiología. Etiología y factores de riesgo. Prevención. Interpretación de la Punción lumbar. Tratamiento

Sepsis

Definiciones. Reacción inflamatoria sistémica.

Enfoque en la emergencia. Manejo del paciente. Medidas de soporte ante el fallo parenquimatosos. Infecciones por gram positivos

Neutropenia y Fiebre definiciones. Concepto y manejo del paciente.

Enfermedades de transmisión sexual.

Definición. Epidemiología. Clasificación. Prevención. Exámenes complementarios y tratamiento

Endocarditis

Definición. Factores de riesgo. Etiología. Clínica. Estudios complementarios. Criterios de diagnóstico. Tratamiento.

HIV

Infección por virus de inmunodeficiencia adquirida. Epidemiología. Factores de riesgo y medidas de prevención. Consejos a los pacientes. Plan de estudios. Diagnóstico de la infección aguda. Historia natural de la enfermedad. Complicaciones

Infecciones de vías Aéreas superiores

Definición. Prevención. Evaluación crítica de las indicaciones de vacunación. Manejo del paciente. Evaluación de los exámenes complementarios. Indicaciones de Antibióticos.

Misceláneas

Infecciones por Virus Herpes

Varicella

Herpes Zoster

Síndromes mononucleósicos definición y manejo

Síndrome febril Prolongado

XII: MÓDULO DE MEDICINA AMBULATORIA

Debido a la importancia de obtener un perfil clínico orientado a la práctica ambulatoria se detallan los temas de la patología ambulatoria, si bien hay superposición con lo detallado por aparatos anteriormente.

1. Anemia: se dará especial atención a el manejo ambulatorio de las principales formas de anemias carenciales.
2. Ansiedad, depresión e insomnio: se elaborarán las bases del Diagnóstico apropiado en base al conocimiento de los criterios normativos.
3. Asma: haciendo hincapié en el manejo ambulatorio y seguimiento de los pacientes con asma crónico.
4. Cefalea: se desarrollarán los criterios de diagnóstico y la clasificación; el diagnóstico diferencial y el manejo terapéutico ambulatorio.
5. Colon Irritable: diagnóstico y tratamiento
6. Constipación: manejo y estudio de la misma
7. Diabetes: Criterios diagnósticos. Identificación de los pacientes de riesgo. Plan de estudios, identificación y prevención de las complicaciones crónicas de la enfermedad.
8. Enfermedad Cerebro Vascular: diagnóstico, plan de estudio y manejo ambulatorio posterior.
9. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica criterios de diagnóstico y seguimiento en el manejo ambulatorio, indicaciones de internación.
10. Deshabitación tabáquica

11. Enfermedad Vasculiar Periférica
12. Hipercolesterolemia criterios de diagnóstico y tratamiento.
13. Hipertensión Arterial : criterios de diagnósticos, clasificación, plan de estudio y tratamiento.
14. Hombro doloroso. Interpretación y manejo. Reumatismo de partes blandas
Fibromialgia.
15. Infecciones urinarias: Diagnóstico y tratamiento
16. Insuficiencia Cardíaca: diagnóstico y tratamiento. Criterios de internación
17. Litiasis biliar
18. Litiasis renal tratamiento. Estudio metabólico
19. Lumbalgia: presentación, identificación de las formas severas, signos de alarma.
20. Mareo y vértigo
21. Micosis superficiales y dermatitis
22. Obesidad
23. Osteoporosis
24. Pacientes con síntomas músculo-esquelético:
25. Patología aguda de la vía aérea superior
26. Enfermedades tiroideas
27. Patología prevalente en coloproctología
28. Patología prevalente en geriatría
29. Profilaxis de trombosis venosa profunda y Tromboembolismo Pulmonar:
30. Sincope, plan de estudio
31. Tabaquismo y alcoholismo
32. Terapia de Reemplazo Hormonal:
33. Tuberculosis en la práctica ambulatoria

XIII: MODULO DE EMERGENTOLOGIA: (Residentes de 1er año)

1. Crisis asmática. Criterios de internación. Conocimiento de los signos de alarma
Manejo de B2 y Corticoides en sala de emergencia.
2. Manejo de la Insuficiencia Respiratoria. Interpretación de los Gases en sangre.
Utilización del Oxígeno.
3. Concepto del Manejo elemental de la ARM. Indicaciones de ARM y Destete.
Interpretación de los gases en Sangre
4. EPOC reagudizado.
5. Neumonía severa de la comunidad. Definición, Plan de estudios, interpretación de los
sistemas de puntuación adoptada por la sociedad Argentina de Infectología.
Tratamiento
6. Neumonía Intrahospitalaria. Definición. Prevención de la Neumonía en el
immunocomprometido
7. Hemorragia Subaracnoidea
8. Meningitis agudas
9. ACV isquémico en Terapia Intensiva
10. Síndrome de Guillain Barré
11. Complicaciones agudas de la Diabetes
12. Cetoacidosis. Coma Hiperosmolar. Hipoglucemias
13. Interpretación del medio Interno.
14. Mecanismo de compensación.
15. Manejo de la Acidosis, diagnóstico y tratamiento
16. Alcalosis metabólica y respiratoria, interpretación y manejo
17. Insuficiencia Renal aguda
18. Abdomen agudo, plan de estudios, criterios de internación
19. Abdomen agudo médico
20. Hemorragia Digestiva
21. Sepsis y Síndrome de fallo multiorgánico
22. Shock manejo y diagnóstico diferencial
23. Edema Agudo de Pulmón

24. Manejo del dolor precordial
25. Infarto agudo de Miocardio
26. Soporte inotrópico en la sala de emergencia
27. Emergencias en Endocrinología: Crisis Addisoniana, Coma hipotiroideo, Hipercalcemias, Hipocalcemia.

- **TEMÁTICAS RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN LOS CAPS: (**

- **Cuarto Año):**

- **Consultas más frecuentes:**

- Dolor torácico /dolor precordial
- Palpitaciones
- Hipotensión
- Pérdida de conocimiento y síncope
- Hipertensión arterial
- Edemas
- Claudicación intermitente
- Disnea
- Tos
- Hemoptisis
- Cianosis
- Dispepsia
- Disfagia
- Dolor abdominal
- Náuseas y vómitos
- Diarrea
- Constipación
- Hemorragia gastrointestinal

- Ictericia
- Hematuria
- Disuria
- Poliuria o nocturia
- Enuresis
- Retención urinaria
- Cólico renal
- Oliguria
- Monoartritis
- Poliartritis
- Poliartralgias
- Debilidad
- Dorsalgia
- Dolor cervical
- Lumbalgia
- Hombro doloroso
- Dolor musculo esquelético asociado con la actividad física
- Fenómeno de Raynaud
- Trastornos menstruales
- Galactorrea
- Infertilidad femenina/masculina
- Disfunción sexual femenina/masculina
- Ginecomastia
- Hirsutismo, virilización
- Bocio
- Obesidad
- Pérdida de peso involuntaria
- Síndrome de repercusión general
- Palidez

- Diátesis hemorrágica
- Palidez/ Síndrome anémico
- Cefalea
- Mareos y vértigo
- Deterioro de la conciencia
- Trastornos del sueño
- Convulsiones
- Pérdida visual
- Movimientos y posturas anormales
- Pérdida sensorial y debilidad
- Alteraciones de la memoria
- Ansiedad
- Angustia
- Alcoholismo
- Uso y abuso de sustancias tóxicas.
- Tabaquismo
- Paciente febril
- Síndrome febril prolongado
- Adenopatías
- Interpretación de lesiones primarias de piel: mácula, eritema, pápula, ampollas, etc.
- Prurito
- Trastornos alérgicos
- Politraumatismos
- Interpretación de exámenes de laboratorio alterados: proteinuria - microhematuria - elevación de transaminasas - etc.
- Intento de suicidio.
- Angustia. Ansiedad. Depresión.
- Conductas de riesgo (abuso de sustancias, accidentes, conductas sexuales de riesgo).
- Trastornos de la conducta alimentaria.

Consultas frecuentes en el anciano:

- Inmovilidad.
- Incontinencia.
- Deterioro cognitivo.
- Depresión.
- Deshidratación.
- Caídas.
- Pérdida de peso.
- Úlceras por decúbito (escaras)

MÓDULO DE COMUNICACIÓN EN CLÍNICA MÉDICA

La Entrevista Clínica Ambulatoria

Evaluación de la Entrevista Clínica

Perfil de Entrevistador y Entrevistados

Síndromes Disfuncionales

Galería de Situaciones Frecuentes

Enfoque de Situaciones Frecuentes

El Paciente y la Familia

Comunicación de Malas Noticias

La Consulta del Geronte

La Consulta del Adolescente

MÓDULO DE CLÍNICA MÉDICA Y Atención Primaria de la Salud:

Salud, Enfermedad y Atención Primaria de la Salud.

La Historia Clínica Orientada al Problema

El Clínico como trabajador de la Salud

Estrategias en Prevención

Educación para la Salud

Medicina Comunitaria

Consejería Médica

El Equipo de Salud

Trabajo inter y transdisciplinario

MÓDULO DE CLÍNICA MÉDICA Y Pedagogía Médica

Educación Médica Continua

Educación Popular y Educación Médica

Educación para la Salud

Didáctica aplicada a la Enseñanza en Clínica Médica

El taller como herramienta didáctica

Técnicas de Evaluación

Técnicas de manejo de Grupo. Grupalidad.

Cronograma de Actividades Asistenciales y Académicas (Simplificada y Esquemática):

--

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y ACADEMICAS						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADOS
RESIDENTE DE 1 AÑO	8-13 HS ASISTENCIA A SALA	8-13 HS ASISTENCIA A SALA	8-13 HS ASISTENCIA A SALA	8-13 HS ASISTENCIA A SALA	8-13 HS ASISTENCIA A SALA	8-13 HS ASISTENCIA A SALA
	14:30 A 17 HS ACTIVIDAD ACADEMICA	ASISTENCIA AL MODULO DE INGLES	14:30 A 17 HS ACTIVIDAD ACADEMICA	14:30 A 17 HS ACTIVIDAD ACADEMICA	14 A 15:30	
RESIDENTE DE 2 AÑO	8-13 HS ASISTENCIA A SALA	8-13 HS ASISTENCIA A SALA	8-13 HS ASISTENCIA A SALA	8-13 HS ASISTENCIA A SALA	8-13 HS ASISTENCIA A SALA	8-13 HS ASISTENCIA A SALA
	14:30 A 17 HS ACTIVIDAD ACADEMICA	ASISTENCIA AL MODULO DE METODOLOGIA	14:30 A 17 HS ACTIVIDAD ACADEMICA	14:30 A 17 HS ACTIVIDAD ACADEMICA	14 A 17 HS ASISTENCIA EN CONSULTORIO EXTERNO	
EL RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO LLEVARA A CABO LAS ROTACIONES CURRICULARES						

RESIDENTE DE 3 AÑO	8-13 HS ASISTENCIA A SALA	8-13 HS ASISTENCIA A SALA	8-13 HS ASISTENCIA A SALA	8-13 HS ASISTENCIA A SALA	8-13 HS ASISTENCIA A CONSULTORIO EXTERNO	8 A 12 HS ASISTENCIA A SALA
Residente De 4to Año.	CAPS	SALA	CAPS	SALA	SALA	SALA
	14:30 A 17 HS ACTIVIDAD ACADÉMICA	ASISTENCIA AL MODULO ESTIPULADO POR MINISTERIO	14:30 A 17 HS ACTIVIDAD ACADÉMICA	14:30 A 17 HS ACTIVIDAD ACADÉMICA	14 A 17 HS ASISTENCIA EN CONSULTORIO EXTERNO	
EL RESIDENTE DE TERCER AÑO LLEVARA A CABO LA ROTACION EXTRA CURRICULAR						

BASES DE UNA PEDAGOGÍA MÉDICA ORIENTADA A LA PROPUESTA PEDAGÓGICA PARA LA RESIDENCIA

“...En lo que realmente hay que insistirle a un principiante es que el proceso educativo en el que se ha embarcado no es un curso de medicina o un período de residencia, sino un curso que dura toda la vida, para el cual el trabajo de unos pocos años con tutores o profesores es solo la preparación...”

William Osler

Clínica no es el Harrison:

Fue durante los días de la Edad Media, que surge la necesidad teórico y práctica de dividir a la medicina en “externa” e “interna”, para diferenciar a aquella acción sobre los cuerpos que derivaban de una exigencia externa, como los traumatismos , lo quirúrgico, “lo visible”. Y aquellas que provenían de enfermedades no visibles, de “órganos internos” y por ende derivaban en una interpretación y acción médica distinta. Esta situación de invisibilidad del proceso mórbido y la imposibilidad del paciente de explicar por qué se halla en estado de enfermedad, hizo que el médico que atendía estas enfermedades internas desarrollara con mayor agudeza el interrogatorio, y las preguntas, la indagación, la sospecha, la puesta en crisis de una hipótesis, que caracterizó su accionar y dio paso al nacimiento del método clínico. Quien ponía en marcha este método lo hacía necesariamente desde un perfil de médico sustentado en una persona que duda, indaga, pregunta, se cuestiona, un médico que se obliga a observar, a llegar con su mirada más allá del cuerpo, a no dejar pasar detalles, a interpretar cada inflexión de la voz del paciente, a poner toda su sensorialidad al servicio de resolver un dilema esquivo a su

racionalidad pero de abordaje indispensable para resolver un problema de salud. Un médico que al llegar al paciente, en vez de buscar una sierra o un escalpelo, se procuraba una silla para escuchar con tiempo. Y así descubrió el valor de la escucha, de sentir, de oír, el valor terapéutico de revisar, de ir a una casa, de hablar con la familia, de entenderla, de sentarse cerca, junto a la cama del paciente. La cama, nacida de la palabra griega *klinis*, de ahí nuestra clínica, ya acuñada muchos siglos antes que el de medicina interna, por los griegos. Aquí veo una diferenciación epistemológica entre medicina interna y clínica. Medicina Interna nace de la necesidad de dividir enfermedades, problemas, consultas, patrones de enfermar. El nombre Clínica Médica nace de la observación y jerarquización de una actitud, de un modo de “estar” en la medicina, la que se distingue por “ser y estar” al lado del paciente en su *klinis*, su cama, su lecho. Me interesa conceptual e ideológicamente, esta idea de clínica como una disciplina-actitud, desde allí veríamos e interpretaríamos lo clínico de las especialidades, la clínica quirúrgica, la “visión clínica” del enfermo.

Actitud que trasvasaría a una disciplina específica o especializada. Algo que estaría en todos por igual, y sobre el que el médico clínico docente tiene mucho para decir y hacer, aportando un método, una actitud, una ética, un estilo de ejercicio médico.

El término Medicina Interna, en tanto la acepción actual, fue acuñado por Friedriech en el I Congreso de Medicina de Wiesbaden, en Alemania durante 1882. Mientras, en Baltimore, William Osler iniciaba la residencia de medicina en el John Hopkins, definiendo a la medicina interna como “...aquella parte de la medicina que se separa de la cirugía, la ginecología y la obstetricia...”. En 1894 la revista *Zentralblatt für Klinische Medizin* cambia su nombre por *Zentralblatt für Innere Medizin*.

De aquí en más, Medicina Interna será el nombre que prevalecerá como denominación a la práctica de la clínica médica, de la mano de la influencia de la medicina alemana y la escuela osleriana norteamericana. Sin embargo la literatura francesa y española mantendrá de manera más presente la denominación de Clínica Médica. La influencia francesa es innegable en la clínica médica argentina y de nuestra escuela platense en particular.

En 1907 se funda Archives of Internal Medicine, en 1927 sale a la luz el Cecil, y luego de la finalización de la 2da. Guerra, e inaugurando el nuevo orden económico, político y cultural mundial, aparece la primera edición del Harrison.

Todos textos de mucha influencia que bajo la denominación de Tratados de Medicina Interna, rubricaban el nombre de la disciplina y delimitaban más claramente los contenidos vinculados con aspectos exclusivamente biomédicos, sin jerarquización epidemiológica, ni regional, con un método homogéneo de cada tema y bajo la forma de tratados.

Pero otros textos, corrientes y modo de ver la medicina, elegían el nombre de Clínica Médica. En 1934 aparecen las *“Conferencias de Clínica Médica”* de Luis Ramond, maestro de la clínica médica francesa, inspirador de conceptos y enfoques que tiñeron a los maestros de la medicina platense. En 1951 aparecen los *“Diálogos de fisiopatología clínica”* de Eduardo Benzecry del Hospital “Ramos Mejía”, ejemplo de didáctica literaria médica. En España en 1953 salió la primera edición del voluminoso tratado de *“Patología y Clínica Médica”*, de Pedro Pons. Finalmente al momento de escribir un texto sobre la disciplina, Fidel Schaposkik, maestro de la medicina platense, elige el nombre de *“Clínica Médica”*, donde el desarrollo temático es antecedido por la presentación de un problema clínico, cuya primera edición fue en el año 1959. En estos libros franceses, españoles y argentinos se prioriza el nombre clínica médica por el de medicina interna.

Salud y Enfermedad en el siglo XXI

Pasteur y Koch sostenían una disputa con Virchow. Para los primeros el origen de la tuberculosis era puramente microbiológico y para Virchow puramente social. Ambos eran poseedores de una parte de la verdad. De alguna manera las concepciones de salud y enfermedad fueron corriendo suerte similar. Desde las puramente biologicistas hasta concepciones solo colectivas de salud.

La Organización Mundial de la salud recibió, y sigue recibiendo, críticas desde diferentes frentes y posiciones en torno al concepto propuesto por ella. Es que el “estado de completo bienestar” es una idea estática y ambigua para definir salud. La “no solo

ausencia de " enfermedad", si bien fue un gran avance no alcanzó para circunscribir el problema. Siendo lo "biológico, psicológico y social", la cara más esperada y de la que todavía emergen puntos de vista distintos en torno al concepto de salud.

Interpretar al proceso salud enfermedad como algo dinámico, implica reconocerle un movimiento interno multidireccional y, en ocasiones, contradictorio. La salud y la enfermedad funcionan como conceptos absolutos. Nadie está absoluta y totalmente sano, ni nadie está absoluta y totalmente enfermo. Por otra parte, la salud como absoluto, es un lugar, un objetivo que nunca se va a cumplir del todo y, como todos los absolutos, sirven para guiar un camino conceptual o de acción, pero, quizás, para no llegar nunca. El "estado de completo bienestar biológico, psicológico y social", sirve para no concretarlo en lo inmediato o, más bien, para ir hacia él. El abordaje de los problemas de salud desde los textos de clínica médica y desde el discurso académico de la facultad, está dominado por una visión individualista del ser enfermo; y si bien, cada vez más, se abordan temas que tienen que ver con la prevención, factores de riesgo, causas sociales y otros ítems que tienen que ver con un abordaje más amplio de los problemas, todavía no se logra una visión integradora de los problemas de salud. A este punto colaboran varios factores, donde la naturaleza misma de nuestra disciplina obliga a un abordaje esencialmente "individualista", en el que es el ser enfermo el que nos da los signos y los síntomas del acontecer mórbido del paciente. Pero también está el hecho de que los docentes de las cátedras de Clínica Médica, no nos hemos formado, en general, en áreas o disciplinas que le den herramientas para una interpretación más amplia de los procesos y así diagramar y colocar en las currículas los contenidos necesarios para un abordaje también social de los problemas de salud.

Las prácticas centralizadas en centros de alta complejidad, quitan de la vista inmediata ciertos problemas vinculados con el proceso de enfermar que pueden ser problematizados al analizar una situación clínica con alumnos, colaborando con una concepción "individual" de la enfermedad.

La Clínica y el rol del médico docente:

La Clínica Médica, no se encuentra exenta a los cambios que la medicina, en general, ha experimentado en las últimas décadas, cambios que la han llevado a una crisis hoy más que evidente. Crisis que obliga a un análisis de sus causas y consecuencias, pero fundamentalmente nos conduce a una necesidad de cambio en algunos paradigmas del médico que ejerce y enseña la clínica médica y por ende de los sistemas formativos.

Desde sus comienzos la formación médica desde la etapa pre Hipocrática hasta ahora ha tenido tres concepciones filosóficas distintas. La primera, en la que el conocimiento sobre los padeceres no los tenía nadie en particular, pertenecían al área de la magia o las creencias, no había un médico, todos acudían a quienes podían intermediar con los dioses o inclusive a quienes tenían un padecimiento similar. La segunda, la Hipocrática, en la que se consolida la imagen del médico-conocedor, se aprendía casi textualmente lo que la persona “dueña” de esos conocimientos impartía o descubría, así surge y se consolida la figura del maestro. Maestro que acompañó a la formación médica durante siglos, cuyas imágenes más acabadas las tenemos en las escuelas occidentales del ante siglo y siglo pasado, siendo William Osler el fundador y maestro más saliente de la Clínica Médica Occidental. Argentina tiene una larga trayectoria de escuelas y maestros de Clínica Médica siendo la Platense ampliamente reconocida a nivel nacional e internacional. Los Profesores Eméritos Egidio Mazzei, Fidel Shaposnick, Bernardo Manzino, Jorge Salvioli, Oscar Giacomantone, entre otros, son claros exponentes de esta forma de enseñar, en la que el maestro lo era de la medicina y de la vida. Modelos escolásticos y personalistas que conformaron verdaderas escuelas de medicina que dejaban a quienes pasaban por ella un fuerte sentido de identidad y pertenencia.

¿Que nos pide hoy la educación médica? ¿Que nuevos paradigmas educativos debemos construir? ¿Qué aspectos rescatar de nuestros predecesores?

La Clínica Médica se nutrió siempre de otras disciplinas, las incorporaba a su campo de conocimiento, desde mediados del siglo pasado, se produjo de manera lenta pero sostenida una diversificación de las áreas del conocimiento que llevaron a una mayor especialización de las áreas médicas, esto produjo un gran desarrollo tecnológico

biomédico y un mayor conocimiento fisiopatológico que derivó en estudios y tratamientos cada vez más específicos y complejos. Este devenir del conocimiento médico trajo aparejado una fragmentación del mismo y del quehacer profesional con un mayor impacto en las disciplinas básicas o troncales. La Medicina Interna ya no pudo “absorber” a estas nuevas disciplinas y tuvo que empezar a compartir áreas de investigación y asistencia. Tuvo que empezar a “dialogar” con otros colegas, ya especialistas, y ponerse de acuerdo. Este modelo asistencial nuevo, funda nuevas formas de ver la medicina y encausa a la medicina interna hacia áreas donde antes no había incursionado, necesitando, una vez más, nutrirse de otras áreas para su nuevo rol, manteniendo su individualidad. El rol docente también debía de cambiar.

Hoy la clínica médica, debe orientarse hacia el manejo del paciente ambulatorio, incorporando criterios y normas de atención primaria de la Salud y pautas del primer nivel, sin perder la práctica y el conocimiento adquirido en las Salas de Hospital. Debe ser dentro del Hospital el que acompañe al paciente desde su ingreso, mayoritariamente por guardia médica, pasando por su internación, hasta su control ambulatorio, ayudados, en ocasiones, por el especialista, pero resistiendo el “parcialismo” que olvida la visión integral del paciente, su entorno y su familia. El Clínico debe ser un “especialista” en comunicación humana, siendo el consultorio de clínica médica el lugar de resistencia a la despersonalización y fragmentación del paciente. En este punto quienes ejerzan la responsabilidad de conducir la formación de un grupo de futuros médicos, debe programar actividades dirigidas a analizar los aspectos conflictivos de la relación entre el médico y el paciente, así como destinar espacios para “pensar” lo actuado y compartir experiencias. Si cada especialidad es imaginada como una “torre de conocimientos”, la clínica médica representa la mayor parte de esas torres y, distintivamente, del espacio que existe entre ellas, de los que pocos se ocupan. Así surgen áreas de discusión relacionadas con la relación médico paciente, comunicación de malas noticias, formas de abordar conflictos interpersonales, que agregan aspectos no biomédicos a la formación, de los que un clínico no puede prescindir.

Hoy, la figura clásica, del “maestro” fue transformada. Modelos personalistas y de concentración de saberes no son los más efectivos. Vivimos un siglo, donde de manera parecida a lo que planteaba inicialmente, los conocimientos nuevamente son “de nadie” y son “de todos”, acceder a la información ya no es el problema, sino más bien jerarquizar la información y descubrir entre lo mucho conocido, lo verdadero y lo útil. Ya solo por este solo concepto el rol docente se modifica, tomando las características de alguien que orienta, que ayuda a conocer, que da herramientas y no lo hace solo, pues aprendimos a “dialogar” con otras disciplinas, lo hace en conjunto, grupalmente. Los conocimientos se construyen, se edifican, son multidireccionales en su llegada y en su emisión, las experiencias son colectivas y, si queremos hacer también un paralelismo en relación a las transformaciones políticas, deben ser democráticas tanto en la teoría que la sustenta como en su práctica.

Estos cambios en los paradigmas de la formación médica, nos imponen el deber de rescatar lo más valioso de nuestros maestros, su vocación incondicional, su amor por el hacer y enseñar, la idea de que el paciente es un fin y nunca un medio, eso que se puede llamar humanismo médico o simplemente medicina.

Del Proceso Enseñanza Aprendizaje en Medicina:

De la misma manera que el eje de la práctica clínica es el médico y el paciente, en la práctica llamada “docente”, este vínculo se da entre el alumno o aprendiz y el docente o tutor. Puede ser grupal, individual, con muchos docentes, a distancia etc. Pero siempre tiene como eje la transformación bidireccional entre seres humanos. Hay educación donde hay transformación de personas.

El único elemento estable en la década es el aprendiz, no el docente, ya que pueden intervenir varios docentes de diferentes formas sobre él. Igualmente el docente es también un aprendiz y por ende también cambia su fuente de transformación. De tal manera que el estudiante no solo aprende de sus docentes formales, sino también de sus

compañeros, de los pacientes, de la sociedad en general. Este punto le debe ser señalado al alumno para que comprenda en qué situación se halla en cuanto a su formación. Buscando experiencias es como va a aprender, el orientar hacia la búsqueda de esas experiencias y el acto de reflexionar sobre ellas es una de las tareas más importantes del tutor/docente.

De esta manera la búsqueda de una formación clínica en el pregrado está en gran medida caracterizada por la interacción del alumno con múltiples “agentes pedagógicos” y escenarios formativos. De aquí se desprende la importancia de desarrollar capacidad para autoguiar el aprendizaje, es decir, formarse con una conciencia de necesidad de autoaprendizaje. Todo esto resalta la importante dimensión sociocultural que tiene el aprendizaje clínico, que podemos definirlo como ***“aquella instrucción dirigida principalmente a resolver problemas en el contexto de un trabajo real que depende de la colaboración con otros docentes, compañeros o colegas y de nuestra propia capacidad para dirigirlo”*** (Ruiz Moran).

Todo esto sucede tanto en la medicina como en toda profesión que tiene un mayor carácter social que individual y más práctico que teórico, enfatizando la gran dimensión relacional. El “Espacio Europeo de Educación Superior”, ámbito educativo de este nivel iniciado en 1999 con la Declaración de Bosnia, incorpora ya los aspectos fundamentales a esta perspectiva. ***“ La incapacidad para actuar de manera efectiva que tiene lugar cuando dependemos del conocimiento de otros y el hecho de que el aprendizaje se produce en el conocimiento debe ser concebido más como atributo social que individual”***. Este dato, válido también en el pregrado, marca nuestra práctica educativa de manera esencial, llevándonos a entender y considerar al proceso enseñanza/aprendizaje como un “constructo” social.

De tal manera que hay algunas consideraciones que hacer en torno al proceso así entendido:

- a) El Aprendizaje en medicina debe hacerse principalmente de una manera **práctica**.
- b) Los ejes son principalmente **comunicacionales**.

- c) El **Autoaprendizaje** es una herramienta fundamental y fundacional del proceso.
- d) El Aprendizaje es **relacional**. (entrando aquí las consideraciones éticas, de obligaciones y derechos, de cómo se ve al otro, etc.)
- e) Las **Ciencias Sociales** son fuentes a incorporar en las curriculas y en las prácticas.

Todas estas premisas se hallan enmarcadas en la consideración de que se halla limitada en un tiempo específico y predeterminado, y notoriamente corto. Los cursos de clínica médica ya se de la manera intensiva o anual tienen una carga horaria reducida. Por ello y sin perder las anteriores características, el aprendiz y el médico deberá adquirir las capacidades que le permitan, tomando como base a su propia experiencia práctica, seguir aprendiendo por sí mismo y durante toda su vida. Por lo que la tercera premisa toma carta de naturaleza en que el Aprendizaje debe ser desarrollado, de manera fundamental, por la propia persona, para ello el alumno/aprendiz tiene que adquirir capacidades para auto dirigirlo.

La esencia práctica-relacional-social y la necesidad de autoaprendizaje, son las bases del proceso enseñanza/aprendizaje que debe guiar a la formación médica y la distingue de otros procesos educativos.

El vínculo con el paciente y sus características tiene mucho en común con la relación entre el docente/tutor y el alumno/aprendiz, ya que la función de ambos en muchos casos es “guiar” a través un una urdimbre de posibilidades, conocimientos y objetivos asistenciales o docentes. Y así como existen relaciones “paternalistas” con el paciente, también ocurre con los aprendices.

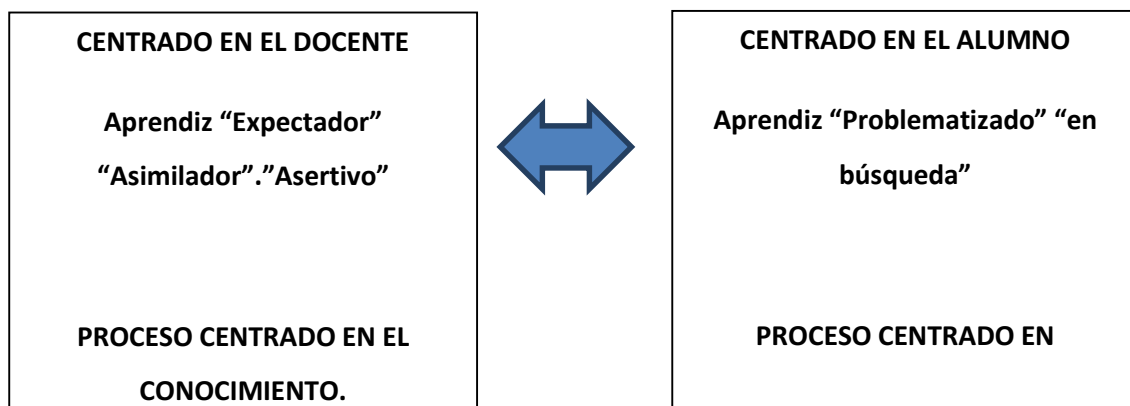
De esto surgen distintos “estilos docentes”, o formas de enfocar la tarea.

Todo lo que se vincule con poner énfasis en los conocimientos, también lo hace sobre el tutor y todo lo que se vincule con el razonamiento, el énfasis se pone sobre el alumno.

De allí simplificaciones como “*Aprendizaje basado en el docente*” o “*Aprendizaje basado en el alumno*”, simplificaciones que son altamente ilustrativas a la hora de buscar un perfil del proceso.

El optar por uno u otro modelo se halla avalado por teorías del aprendizaje en adultos y de un marco teórico resultante de estas teorías. La importancia de fomentar las estrategias y habilidades que promuevan la capacidad de autorregular y guiar su propio proceso formativo, y así, aprender durante toda la vida profesional enfatiza un estilo y forma concreta de aprendizaje vinculado con la idea de un **tutor colaborador /facilitador y un aprendiz crítico/autoguiado.**

Figura 1. Centrar un proceso de enseñanza aprendizaje:



¿Qué significa centrar un proceso educativo?

Básicamente es tomar un eje esencial para construir alrededor del resto de las construcciones teóricas y prácticas del planeamiento educativo. Centrarnos en la experiencia implica desarrollar acciones de diseño curricular que contemplen siempre a la interacción real y concreta del alumno con una situación problematizadora en relación a la problemática de salud. Es encontrar desde donde partir. Se parte, en este modelo, del

encuentro con el paciente y con la comunidad, luego de ese encuentro se problematiza la situación lo que implica una reflexión conjunta entre el tutor y el aprendiz, situación de análisis y de síntesis, llevando al alumno a un deseo de saber guiado y concretado a través del autoaprendizaje. Esto lleva a que el perfil docente en este modelo de proceso enseñanza aprendizaje en medicina, sea el de constituirse en facilitador, colaborador, dialoguista, introspectivo, con actitud de escucha. El alumno, por su parte desarrolla cualidades similares: desarrolla capacidad de análisis, de evaluación de sus errores, de reflexión y atención a sus propios sentimientos, de razonamiento libre y guiado por el tutor, pone a prueba sus estímulos vocacionales y descubre otros, desea saber y busca conocimientos por su cuenta y guiado por la experiencia. El proceso está centrado en la experiencia. Ni en el alumno. Ni en el docente. Sino en lo que se construye como experiencia teórico práctica luego de una vivencia concreta. Este modelo requiere del diseño de estrategias para garantizar experiencias. Requiere el desarrollo de una **Pedagogía de la Praxis.**

Los textos de pedagogía frecuentemente dividen los componentes del aprendizaje dentro de tres amplios dominios: conocimiento, habilidades y actitudes. Desde un punto de vista práctico esto nos ayuda a comprender que cualquier aprendizaje debe incorporar el Qué, el Cómo y el Porqué. Se deben tener en cuenta también las cualidades “meta cognitivas”, es decir los “pareceres”, “pensamientos” y “sentimientos” de quienes participan, al igual que ubicar todo el proceso en un determinado “contexto”.

El conocimiento puede adquirirse mediante lecturas o exposiciones, las habilidades deben ser observadas y practicadas y el proceso de pensar surge a partir de reflexiones. Estas pautas guían el rol del docente.

Algunas consideraciones sobre cómo aprende el adulto:

Los adultos en su aprendizaje se hallan influenciados por la lógica, basada en el principio de contradicción, y la capacidad para identificar problemas o plantear preguntas (Riegel). Todos estos aspectos se hallan muy vinculados con la utilización del método clínico, en el que se pone a prueba una hipótesis. El adulto al momento de explorar un problema,

necesita y logra, unir lo abstracto con lo concreto. Toda vez que se intente enseñar desde realidades preestablecidas (conceptos, clasificaciones, etc.), se estaría atentando contra el modo de razonamiento propio de un adulto, que se verá facilitado por la problematización, perdiéndose la posibilidad de estimular este tipo de razonamiento.

El **Modelo de Knowels** sobre “como aprenden los adultos” es muy ilustrativo al respecto:

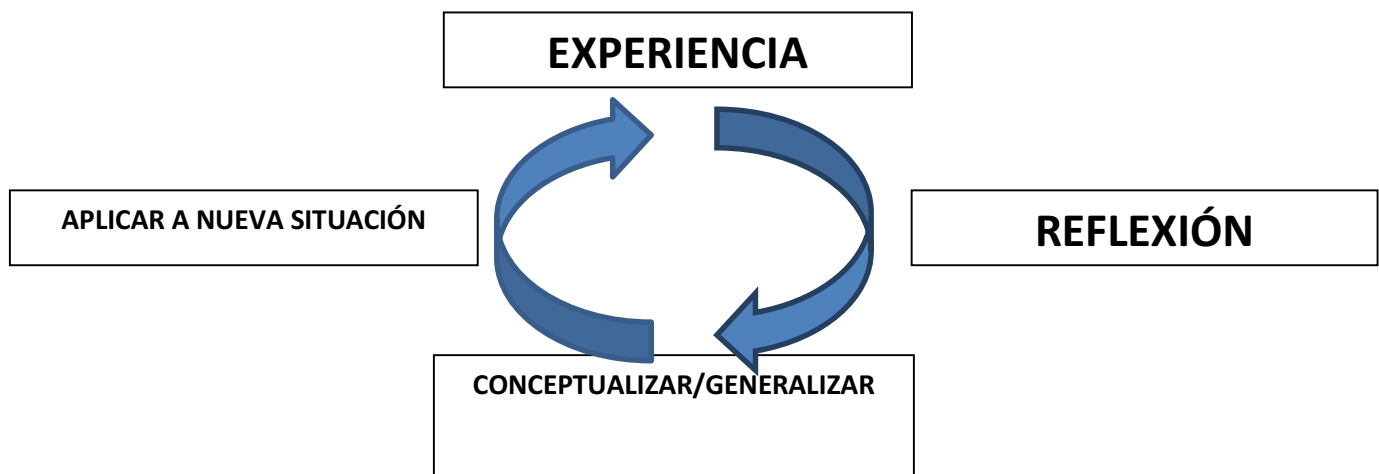
- a) El adulto reconoce sus necesidades de aprendizaje.
- b) Cambia su concepto de “self” y logra mayor independencia.
- c) La experiencia personal se transforma en fuente de aprendizaje.
- d) Valora el aprendizaje que “va a aplicar”.
- e) Valora el aprendizaje que puede ponerse en práctica de inmediato.

Otro concepto interesante a la hora de valorar el aprendizaje en adulto son los conceptos de Aprendizaje Profundo y Superficial pregonados por Gibbs.

El **aprendizaje profundo** es una forma de aproximación al mismo caracterizado por los siguientes aspectos:

- a) Reconoce una motivación intrínseca del alumno.
- b) Alumnos activos y comprometidos con el aprendizaje.
- c) Interacción con otros alumnos.
- d) Aproximación integral de los conocimientos y no fraccionados.

El **aprendizaje experiencial** fue explorado por **Kolb** que lo describió como un ciclo que explícitamente incorpora y construye sobre las experiencias desde las que se deriva el aprendizaje. Su ciclo al que se puede entrar desde cualquier punto, incluye varios estadios y puede considerarse como un proceso helicoidal con un sentido de progresión más que de repetición. El “ciclo” lleva a tener capacidad para implicarse en una experiencia concreta, en una observación reflexiva, conceptuar o sacar generalizaciones abstractas y, fundamentalmente, aplicar los conceptos a nuevas situaciones:

Figura 2. Ciclo de Kolb:

Y cada vuelta de este ciclo se encuentra signado por la transformación del docente y del alumno al igual que del proceso.

El aprendizaje autodirigido supone desarrollar una serie de recursos y habilidades docentes, como la capacidad para hacerse preguntas, interpretar la información de manera crítica, identificar su propio conocimiento y sus lagunas y , fundamentalmente, reflexionar críticamente sobre su experiencia, su aprendizaje y los resultados de este. No es posible dirigir el autoaprendizaje si no aprovechamos lo que ya sabemos. El **constructivismo** sostiene que el alumno construye un conocimiento nuevo partiendo del que tiene. Y, por su puesto, puede ser ayudado en esta tarea por el tutor. Para lograr este objetivo el docente debe ofrecer experiencias que colisionen con las ideas previas del alumno, lo que se llama “disonancia cognitiva”, implicándolos de manera activa en su aprendizaje mediante el planteamiento de problemas o la interacción en grupos de discusión. En esta teoría el docente se ve como alguien que actúa de facilitador o guía del aprendizaje del alumno, no como un mero transmisor. Esta perspectiva exige tiempo suficiente para interpretar significativamente las experiencias. Este modelo se torna en un marco referencial para el aprendizaje médico continuo.

Schön hace una diferenciación en relación a la **práctica reflexiva**. Sugiere una distinción entre reflexión en la acción y sobre la acción. Se reflexiona en la acción de manera casi refleja, se emite un estímulo reflexivo inmediato, coyuntural. Reflexionar sobre la acción es una actividad posterior y abarca todo el proceso.

Este último aspecto supone repensar la experiencia pasada para extraer los principios que puedan afectar a la práctica futura. Se trata de explicar el proceso de razonamiento “en” la práctica y “tras” la práctica. (Ruiz Moral).

El docente debe actuar de distintas maneras en ambos aspectos.

La evaluación del proceso de enseñanza aprendizaje:

La evaluación condiciona sobremanera la currícula y los aspectos teórico-prácticos que se van a ofrecer al alumno. De alguna manera dirige el aprendizaje, aunque no es lo ideal, ya que esa función la debe desempeñar el curriculum. Diseño curricular y evaluación deben ir unidos en la teoría y en la práctica. La **evaluación formativa** es aquella en la que representa una instancia más de aprendizaje y de autoconocimiento, ya sea del alumno, de la disciplina o del sistema pedagógico. La evaluación debe aportar seguridad y confianza al alumno, promover la reflexión y aportar conocimientos teórico-prácticos, es, en una evaluación centrada en el alumno y sus intereses. Diseñar evaluaciones formativas implica, también, atender a las necesidades de los alumnos. Paralelamente a la aquella que contempla el cumplimiento de ciertos objetivos pautados hacia la finalización de un ciclo de aprendizaje.

Quizás, este complemento, entre evaluar formado y, paralelamente, evaluar titulando el cumplimiento de objetivos pre estipulado para una determinada etapa del dictado de la disciplina sean un buen complemento a atender.

Cualquiera que sea el propósito de la evaluación, el método que se utilice debería cumplir los siguientes requisitos:

- c) Validez: Debe evaluar lo que dice evaluar.
- d) Fiabilidad: Capacidad para reproducir el mismo resultad.

- e) Impacto: Debe cambiar al proceso.
- f) Aceptabilidad: Por evaluadores y evaluados.
- g) Factibilidad: En el sentido de ser realizable y operativo.
- h) Patrón: Hallazgo de lo considerado “aprobado” o no.

Todos estos ítems “multiplicados” entre sí, darían la utilidad de la prueba. (Ecuación de Utilidad de Cees van der Vleuten).

La llamada pirámide de Miller, es un modelo en el que se grafica la idea de que “saber” no es lo mismo que “saber cómo” y que este último no es lo mismo que “saber hacer.

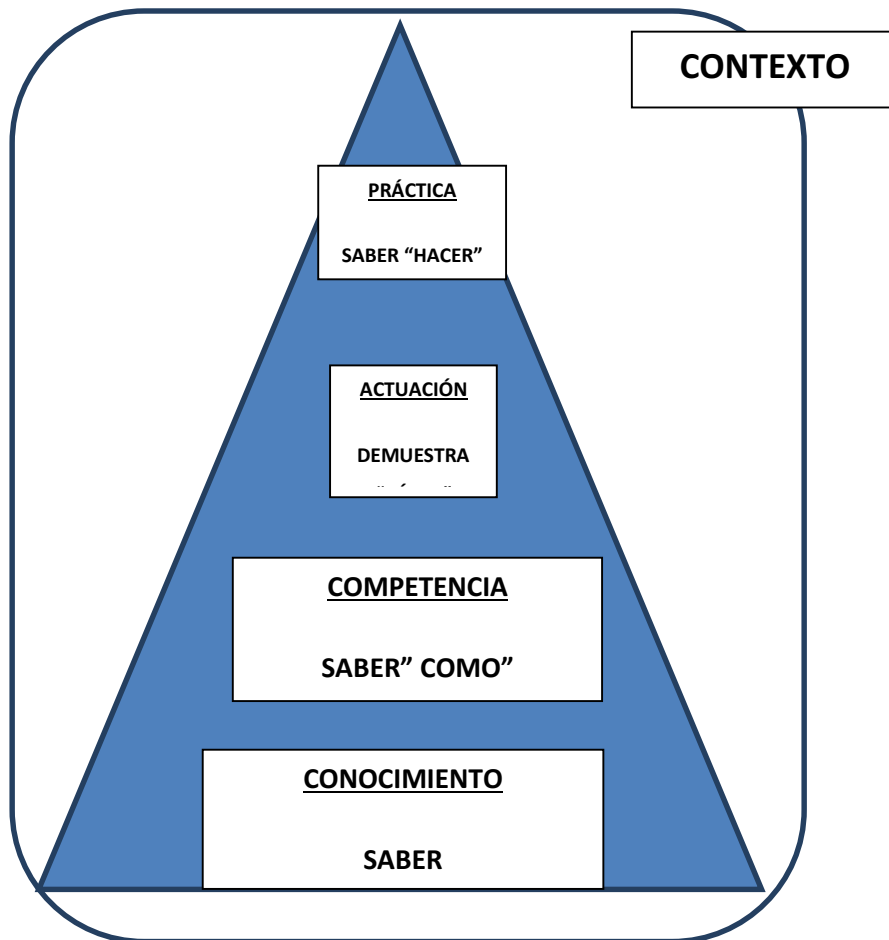


Figura 3: Pirámide de Miller modificada.

La evaluación del alumno debe considerar a estos aspectos de manera integrada. Para ello se le debe brindar la posibilidad de efectivizar la aplicación y la puesta en práctica de los conocimientos teóricos. Creo que a esa estructura conceptual le falta un marco mayor que

la englobe se sea un “saber para qué o hacer para que”, que implicaría una contextualización del proceso enseñanza aprendizaje y una redefinición también del proceso evaluativo.

Teniendo como marco teórico algunos aspectos relacionados con lo antes escrito y con una dinámica práctica de muchísima movilidad y replanteamiento permanente de lo realizado, puedo mostrar en que momento nos hallamos actualmente y que cambios hemos promovido:

Las actividades vespertinas fueron divididas en aquellas dirigidas a los residentes de primer año y otras a los residentes de segundo y Tercer Año.

Las actividades progresivamente fueron cambiando de ser predominantemente teóricas y expositivas hacia formas más participativas (Taller, resolución de problemas, formulación y resolución de preguntas)

Los residentes de Primer Año en sus primeros seis meses desarrollan cursos teórico práctico de ECG, Rx de Tórax, Medio Interno, Emergentología y Semiología.

Se desarrolló un programa de formación en Semiología Clínica, teórico práctico, que actualmente ocupa 3 horas por semana en los primeros 6 meses de la residencia. Esto mejoró sustancialmente la práctica asistencial en sala y emergencias.

Se cuenta con material producido por los propios residentes en relación a ECG, Medio Interno y Semiología.

Se Escribió en conjunto con todos los residentes del año 2010 un libro sobre “Alteraciones del Medio Interno” con una edición de 150 ejemplares, siendo la primera publicación que una residencia de Clínica Médica lleva adelante en La Plata. Nos hallamos actualmente

abogados en la elaboración de un segundo libro que abordará la temática de la Emergentología Endocrinológica.

Se realizó un “Manual de ECG para residentes de Clínica Médica”, constituyéndose en material de consulta y lectura para los cursos de ECG.

Se realizó un “Manual de Semiología” de circulación interna como apoyo a las actividades teóricas.

Nos aprovisionamos de cañón, 4 computadoras, negatoscopio, biblioteca y compra de nuevos libros. Al igual que elementos de confort para el grupo de residentes (aire acondicionado).

Se presentaron un promedio de 6 trabajos de investigación por año. En este punto se organizaron algunas charlas sobre búsqueda bibliográfica y lectura crítica de la literatura médica. Se presentaron en Jornadas locales y congresos nacionales.

Se obtuvieron 4 premios y 3 menciones especiales por trabajos presentados.

Se realizaron de manera sostenida a lo largo del año encuentros destinados a monitorear y llevar adelante trabajos de investigación.

Se constituyó una comisión de alumnos de pregrado en horario vespertino (después de las 17 hs.), dependiente de la Cátedra “A” de Medicina Interna de la UNLP, dando la oportunidad de realizar actividad docente de pregrado a un grupo de aprox. 12 residentes.

Las actividades de los residentes de Segundo y Tercer año, se hallan diferenciadas de los de primero en la mayoría de las ocasiones. Son sus actividades: Ateneos bibliográficos, Encuentro con Expertos, Paciente de Consultorio, Paciente de Sala.

Se organizaron grupos de reflexión (Tipo Ballint), para analizar la problemática de los residentes y su trabajo.

En conjunto con el instructor, una vez a la semana, se discuten pacientes de consultorio interrogando y realizando el examen físico con posterior discusión del caso, en los consultorios de planta baja.

En conjunto con el instructor se realizan “pasajes de sala” tanto con los residentes de primero como con los superiores.

Los Ateneos Centrales, ocupan un lugar destacado dentro de las actividades de la residencia. Se realizan todos los jueves, ocupando toda la actividad vespertina. El caso clínico es seleccionado previamente en conjunto con el instructor quien guía la realización del resumen de la historia clínica y lo que posteriormente se va a actualizar o discutir. El residente de primero presenta el caso clínico y un residente de segundo o tercero lo actualiza. Tenemos un espacio que se denomina Crítica de lo Actuado (Critic.A), en el que analizamos los errores cometidos. Este año el ateneo finaliza en forma de talleres.

Hemos Organizado en forma de “semanas”, cursos dirigidos a todas las residencias de La Plata, siendo un punto de encuentro común para compartir una actividad académica: “Semana de Endocrinología Clínica”, “Semana de Tiroideología Clínica”, “Semana de Dermatología para Residentes”, “Semana de Hepatología”, “Semana de TBC”, “Curso de HIV”. “Curso de Reumatología Clínica”.

Es política de la residencia trabajar en conjunto y confluir en actividades con las demás residencias de Clínica Médica de La Plata. (Ateneos interresidencias, Jornadas Interresidencias, Jornadas de la Residencia)

Hemos participado en Congresos y Jornadas Nacionales y locales sobre Medicina Interna y especialidades afines.

Se promueven la realización de rotaciones orientadas a la Medicina Ambulatoria en el país y en el exterior (Actualmente una Residente de tercer año se halla rotando por la Fundación Jimenez Díaz de Madrid)

Se han invitado a colegas con reconocimiento nacional e internacional, en actividades que han sido punto de confluencia de otras residencias y especialidades.

Se institucionalizó desde el año 2009 la realización de las “Jornadas de la Residencia de Clínica Médica del Hospital de Gonnet”.

Nuestros residentes han sido panelistas en mesas sobre la especialidad en Jornadas de Medicina Interna de La Plata (SMILP, Cátedra de MI “A”) y Nacionales (SAM).

Realizamos talleres con un eje diferenciado del biomédico: Taller sobre Género. Estando programados para el año 2012 otros relacionados con Violencia de Género y “Derechos Humanos y Residencia” (en conjunto con el instituto de derechos humanos de la Facultad de Derecho de la UNLP).

Conclusión:

Más allá de los cambios curriculares o las actividades académicas realizadas, creo que lo más importante de estos 10 años de transformación fue generar un espacio democrático, estimulante, respetuoso, abierto, flexible, y con otras virtudes que fueron garantizadas más que nada por muchos años de trabajo solidario y lleno de compromiso. Virtudes que están muy por encima de cualquier trabajo, libro o logro académico y generado por decenas de colegas que dejaron lo mejor de sí para que nosotros sigamos construyendo y transformado

Selección de la bibliografía consultada

Bibliografía sobre Residencias y Educación Médica:

- 1 Mammoni, O.H.: La Enseñanza de la Cirugía. Buenos Aires, 1972. 84 páginas.
- 2 Trodier, C.R.: El Sistema de Residencias en la Educación Médica de Postgrado. Buenos Aires, 2001. 79 páginas.
- 3 Castex, M.N.: Educación Médica en la Argentina. Reflexiones y Sugerencias. Prensa Méd. Arg., 47: 2055, 1960.
- 4 Brea, M.I.: Residencias Hospitalarias. Rev. Asoc. Méd. Arg., 80: 664,1966.
- 5 Firmat, J.: Los Hospitales en la Enseñanza de la Medicina. Rev. Asoc. Méd. Arg., 80: 497,1966.
- 6 Gibbon.1.H.: The Education of a Surgeon. Ann. Surg. 142: 321,1955.
- 7 Johnson, V.: Investigative Experience by Residents. Proc. Staff. Meet. Mayo Clin., 36: 559,1961.
- 8 Firmat, J.: Residencias médicas. Rev. As. Méd. Arg., 93: 161,1979.
- 9 Santos, A.A.: Integración del Sistema de Educación Médica. Rev. Asoc. Méd. Arg., 93: 171,1979.
- 10 Blalock, A.: William S. Halsted. An Appreciation on the Centenary of his Birth. J.A.M.A., 150: 1082,1952.
- 11 McGehee Harvey, A., et al.: Osler's Legacy. The Department of Medicine at Johns Hopkins. 1889-1989. Baltimore, 1990. 177 páginas.
- 12 Laurence, A.E.: Grandes Figuras de la Cirugía Argentina. Buenos Aires, 1987. 222 páginas.
- 13 Physicians for the Twenty-First Century. The GPEP Report. Association of American Colleges. Washington, 1984.
- 14 La Declaración de Edínburgo, Lancet, 11: 464, 1968.
- 15 Juaneda, A. : El hospital y los instituciones privadas en la educación del graduado. Rev.Asoc.Méd.Arg., 75: 210, 1961.
- 16 Goroll, A.H.; et al.: Residency Training in Primary Care Internal Medicine. Report of an Opercitional Program. Ann. Int. Medie., 83: 872,1975.
- 17 Del Carril, M.M.: Metodología de la enseñanza para residentes. Rev. Asoc. Méd. Arg., 78: 388,1964.
- 18 Santas, A.A.: Función de la residencia en la formación del médico. Rev. Arg. Ciru j. 10: 43,1966.
- 19 Grandi, A.: Actuación del jefe de residentes en el sistema de residencia hospitalaria. Rev. Arg. Cirug., 11: 72, 1966
- 20 Breci, M.J.: Residencias hospitalarias en servicios unjversitarios. Rev. Asoc. Méd. Arg., 77: "53,1963.
- 21 Schroeder, S.A.; et al.: Residency Training in Internal Medicine. Time for a Change? Ann.Int.Med. 104: 554, 1986.
- 22 Noel, G.L.; How Well Do Intemal Medicine Faculty Members Evalúate the Clinical Skills of Residents. Ann. Int. Med., 117: 757, 1992.
- 23 Ben Menochem, T.; et al.: Balancing Service and Education: Improving Internal

- Medicine Residencies in the Managed Care Era. Am.I.Med., 100:224,1996.
- 24** Buructia, J.E.; Buzzi, A.; Pérgola, F. Et al.: El Pabellón de Practicantes del Hospital de Clínicas. Buenos Aires, 1991. 400 páginas.
- 25** Pérgola, F.: Sanguinetti, F.: Historia del Hospital de Clínicas. Buenos Aires, 1998. Tomo 1, 262 páginas, tomo H 134 páginas.
- 26** Buzzi, A. Historia de la Educación Médica. Orientación Méd., 18:145,1969.
- 27** Buzzi, A.: Evolución Histórica de la Medicina Clínica Buenos Aires, 1968, 211 páginas.
- 28** Buzzi, A.: Tiburcio Podilla. Pionero de la Cardiología Argentina. Creador del sistema de Residencias Médicas en nuestro país. Tribuna Méd., 6:59,1970.
- 29** Buzzi, A.: La Autoeducación en Medicina. Rev. Fund. Fac.Med., 9: 16, 2000.
- 30** Buzzi, A.; Pérgola,F.; Clásicos Argentinos de Medicina y Cirugía. Buenos Aires, 1993,1995,Torno 1, 262 páginas, tomo 11, 322 páginas.
- 31** Giacomantone O. “ Profesionalización en la formación del Médico Clínico”. Revista de la Sociedad de Educación Médica de La Plata. (www.semlp.org)
- 32** “Principios de Educación Médica”. Millán, Parés y Morán . Edit. Panamericana 2013
- 33** “La Entrevista Clínica. Manual de Estrategias Prácticas” . Borrel i Carrió . SMCYF. 2004.
- 34** “La Empatía en Medicina”. Vidal.
- 35** Propuesta Pedagógica para la Cátedra “A” de Clínica Médica. Prof.Dr. V. Primerano.
- 36** “Intercambios” Dr. Rubenstein y colab. Edición del HI Bs.As.
- 37** Reporte del “World Fundation of Education Medicine”. Revista de Educación Médica.

Algunas otras fuentes donde encontrar conceptos para la planificación:

1. “Pedagogía del Oprimido”. Paulo Freire.
2. “La Educación como práctica de la Libertad” Paulo Freire.
3. “Pedagogía de la Esperanza” Paulo Freire.
4. “Cartas a quien quiere enseñar”. Paul Freire.
5. “Pensar en Salud” Mario Testa.
6. “Marxismo y Educación” Ángel Broccoli
7. “Que pasó en la Educación Argentina” Adriana Puiggrós.
8. “De Simón Rodriguez a Paulo Freire” Adriana Puiggrós.
9. “Gramsci y la Educación”. Flora Hilleret y colaboradores.
10. “Pedagogía de la Resistencia” Claudia Korol y colab. UMPM.
11. “Historia de las Universidades Argentinas” Pablo Bushbinder
12. “La Pedagogía Argentina en la Encrucijada”. Ethel Manganiello

13. "Planificación para la Residencia de Clínica Médica" Año 1998. Dr. Oscar Giacomantone.
14. "Historia de la Educación" Manganiello-Bregazzi.
15. "La Filosofía y el barro de la Historia". J.P. Feinmann.
16. " Curricula: Utopía o Realidad?". Barriga. Edit.



Ediciones de “La Pájara”

2018

Se aconseja, promueve y estimula la reproducción sin fines de lucro de la totalidad o parcialidad de estas páginas, sin solicitar permiso al autor.

Cita: “Pensar la Residencia” de Efraín Salvioli 2018. Residencia de Clínica Médica del Hospital “San Roque” de Gonnet. La Plata. Argentina.

jorgefrainsalvioli@yahoo.com.ar

