



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

MINISTERIO DE SALUD

ANEXO I

PROGRAMA DOCENTE DE LA
RESIDENCIA POSBÁSICA PEDIÁTRICA EN NEONATOLOGÍA

AÑO 2015

Aprobado por Resolución N° 689/MSGC/15

ÍNDICE

- 1.INTRODUCCION
- 2.FUNDAMENTACIÓN
- 3.CONSIDERACIONES GENERALES DE LOS PROGRAMAS DE RESIDENCIA
- 4.DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA
- 5.PROPÓSITOS GENERALES
- 6.PERFIL DEL EGRESADO DE LA RESIDENCIA POSBÁSICA PEDIÁTRICA EN NEONATOLOGÍA - OBJETIVOS GENERALES
- 7.ORGANIZACIÓN GENERAL Y CONDICIONES MINIMAS PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA
- 8.ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN
- 9.ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES POR AÑO Y POR ÁREA SEGÚN ÁMBITOS DE DESEMPEÑO Y APRENDIZAJE
- 10.OBJETIVOS Y CONTENIDOS POR AÑO Y POR ROTACIÓN
- 11.SISTEMA DE EVALUACIÓN
- 12.BIBLIOGRAFIA
- 13.APÉNDICE

1. INTRODUCCIÓN:

La residencia en Neonatología es una residencia Pos-básica Pediátrica, requiere al menos tres años de residencia en Pediatría aprobados para su ingreso y dura dos años. La cantidad de ingresantes promedio anual es de 12.

2. FUNDAMENTACIÓN:

La residencia de Neonatología del GCABA forma parte del sistema de capacitación en servicio, y su programa de formación prioriza el aprendizaje a través del trabajo diario en los ámbitos de desempeño tanto asistenciales como docentes de la Unidad de Neonatología y bajo supervisión permanente, con responsabilidad progresiva en la toma de decisiones.

Este proceso de formación implica la construcción de una identidad médica que integra:

- los conocimientos científicos
- los intereses y potencialidades personales
- el compromiso con la búsqueda de asistencia de alto nivel
- la conformación de un criterio ético con eje en el respeto del binomio RN –familia
- la inserción en el sistema de salud y el compromiso con el contexto histórico-social.

La Residencia Pos-básica en Neonatología tiene como objetivo general la formación de profesionales capaces de promover y sostener la salud de los recién nacidos (RN) sanos y diagnosticar y tratar a los RN críticamente enfermos. Durante la misma, se integrará la actividad asistencial con la docencia y la investigación.

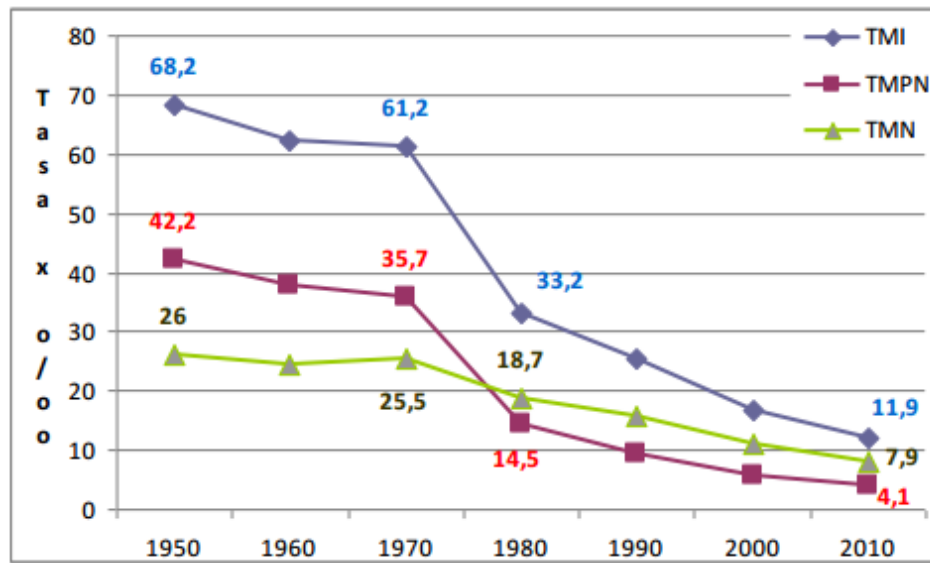
El Programa docente propone la formación del médico pediatra especialista en Neonatología, especialidad altamente demandada por el grado de complejidad requerida para la asistencia de los recién nacidos y la elevada tasa de prematuridad y bajo peso al nacer.

El perfil del médico Pediatra con subespecialidad en Neonatología es el de un profesional capaz de desempeñarse en la atención de los recién nacidos en el proceso de salud-enfermedad-atención con competencias para comprender el concepto del niño inserto en un marco familiar y social determinados y la capacidad para adecuarse al ambiente donde desarrollará su actividad con idoneidad.

En el año 1950 la Tasa de Mortalidad Infantil era de 68,2 ‰ y su componente más importante era la Mortalidad Post-neonatal (42,2 ‰); la Mortalidad Neonatal de 26,0 ‰ representaba el 38 % de la Mortalidad Infantil. Las principales causas de muerte de los niños menores de un año eran las diarreas, las infecciones en general, los accidentes y la desnutrición.

Hasta 1970 no hay grandes cambios en estos indicadores, pero en 1980 se produce la clásica transición epidemiológica, con descenso casi a la mitad de la Mortalidad Infantil y con una Mortalidad Post-neonatal que pasa a ser inferior a la Neonatal.

Tasas de Mortalidad Infantil, Pos-neonatal y Neonatal en la Argentina 1950-2010



A partir de ese momento, todos los componentes de la Mortalidad Infantil continúan en descenso, aunque en forma no tan pronunciada, llegando en el año 2012a 11,1 ‰ la Mortalidad Infantil, a 7,5 ‰ la Mortalidad Neonatal y a 3.6 ‰ la Postneonatal según datos de la Dirección de Estadística y Censo (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación.

La Mortalidad Neonatal es la responsable de los $\frac{2}{3}$ de la Mortalidad Infantil. Las principales causas de muerte son la prematurez (50% de la Mortalidad Infantil) y las anomalías congénitas (20%), de donde se desprende la importancia de la Neonatología, como subespecialidad de la Pediatría, para continuar con el descenso de la Mortalidad Infantil en el país.

La Atención Primaria de la Salud, incluye muy especialmente el cuidado prenatal de la embarazada y es la estrategia más eficaz para disminuir el parto de riesgo, la prematurez, sus problemas asociados y la mortalidad neonatal. Ésta implica educación para la salud, acceso fácil y universal a los centros sanitarios, particularmente con disponibilidad de Centros del primer nivel de atención. Lo antedicho, forma parte de una estrategia apropiada a largo y mediano plazo. Por otro lado, en la medida en que más del 60 % de los niños que mueren en el primer mes de vida nacieron con un peso inferior a los 1500 grs., lo que más ha contribuido a disminuir la mortalidad infantil - en el corto plazo- es la atención en Terapia Intensiva Neonatal. Si bien parte del problema de la mortalidad neonatal es consecuencia de recursos materiales e infraestructura insuficiente o la falta de insumos que hacen a la calidad de atención, una gran parte de responsabilidad corresponde a la falta del recurso humano con capacitación específica y de calidad. Con el presente programa se intenta achicar la brecha existente con esta meta: contar con especialistas en neonatología, con una formación de calidad y que responda a las necesidades y problemas que el área de atención materno-infantil neonatal impone.

3. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LOS PROGRAMAS DE RESIDENCIA DEL GCBA:

El Sistema de residencias:

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

Las residencias en su conjunto se incorporan al Sistema de Atención de la Salud de la Ciudad de Buenos Aires y se desarrollan con la activa participación de todos sus integrantes en la programación, ejecución y evaluación de las mismas (Ordenanza 40997/86).

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

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

La concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de las necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.

El desarrollo de una cultura de salud así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad.

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

La solidaridad social como filosofía rectora de todo el sistema de salud

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

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

El programa por especialidad:

El programa pauta las competencias que serán adquiridas por el residente a lo largo de su trayecto formativo, reconoce ámbitos y niveles de responsabilidad y establece el perfil común esperado para todos los residentes de la misma especialidad.

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

El concepto de "red" relativiza a los distintos ámbitos como unidades autosuficientes de formación transformándolos en recursos complementarios.

Se busca romper con el aislamiento de los servicios y se fortalece la coordinación, generando interrelación y reciprocidad, reconociendo la riqueza de la diversidad para promover la calidad de los programas de formación.

Desde esta perspectiva, cobra especial dimensión el esfuerzo conjunto de articulación y concertación de las actividades de formación entre los responsables de la Residencia: la Autoridad de aplicación¹, Coordinadores Generales, Jefes de servicios; Coordinadores de Programa y de rotaciones, Jefes e Instructores de Residentes, para aprovechar las mejores capacidades formativas de cada ámbito.

Por otra parte, el programa constituye un documento esencial para pautar los recursos indispensables para que los servicios reciban residentes y para encuadrar los procesos de acreditación de capacidad formadora.

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

4. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA:

Uno de los indicadores de salud de una población lo constituye la tasa de mortalidad infantil. En el mundo, estas tasas de mortalidad son muy variables y establecen claras diferencias entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo

Los datos para nuestro país -según la D.E.I.S. del Ministerio de Salud de la Nación- para el año 2012 arrojan una mortalidad infantil general del 11.1 ‰; mientras en algunas provincias alcanzan valores cercanos al doble, en otras es muy inferior. Esto muestra, por un lado, diferentes perfiles poblacionales a nivel nacional y, además, un acceso diferente a una medicina de mayor complejidad y a profesionales específicamente formados según las regiones. Los valores diferenciales según las zonas se reiteran si se analiza la situación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En el año 2012 la tasa de mortalidad infantil (TMI) para la C.A.B.A., según la D.E.I.S., fue de 8,3 fallecidos por cada mil nacidos vivos. La tasa de mortalidad neonatal fue de 6 y representó el 72% del total de la mortalidad infantil. La tasa de mortalidad postneonatal fue de 2,4 fallecidos por cada mil nacidos vivos.

La tasa de mortalidad infantil (TMI) en la C.A.B.A. se encuentra en descenso. Mientras en el año 1990 fallecían 16 niños por cada mil nacidos vivos, en el año 2012 lo hacen casi 8 niños por cada mil nacidos vivos (TMI 8,31), el nivel más bajo de los últimos veinte años. Por lo tanto, al analizar los últimos 22 años, la tendencia de la mortalidad infantil y de sus componentes neonatal y postneonatal fue en descenso.

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

En el año 2012 nacieron en la Ciudad 45280 nacidos vivos. El 99,6% recibió atención en un establecimiento asistencial, sin embargo, sólo el 34,1% nacieron en establecimientos asistenciales públicos. La comuna 8 fue la que presentó la mayor proporción: casi 7 de cada 10 nacidos vivos nacieron en efectores públicos de la Ciudad. En el otro extremo, la comuna 13 presentó la mayor proporción de nacimientos en efectores privados y sólo un 8% en efectores públicos.

El 6,8% de los nacidos vivos presentó bajo peso al nacer (peso menor a 2.500 gramos) y el 7,4% fue un nacido pretérmino (edad gestacional menor a 37 semanas).

Existe una fuerte relación entre el peso al nacer y la mortalidad infantil. Del total de niños menores de un año que fallecieron, el 56,7% nació con bajo peso al nacer, principalmente menor a 1500 gramos. Por cada mil niños que nacen con un peso inferior a 1500 gramos mueren 305. A medida que aumenta el peso al nacer, disminuye el riesgo de morir. De cada mil niños que nacen con un peso superior a los 3000 gramos, solo mueren 3. El riesgo de morir, expresado a través de la tasa de mortalidad infantil agrupado según peso al nacer evidenció que la mortalidad disminuye a medida que aumenta el peso al nacer. La tasa de mortalidad en menores de 1500 gramos fue poco más de 3 veces mayor que la de niños con peso entre 1500 y 1999 gramos y 94 veces mayor que la tasa de mortalidad de niños con un peso superior a 3000 gr.

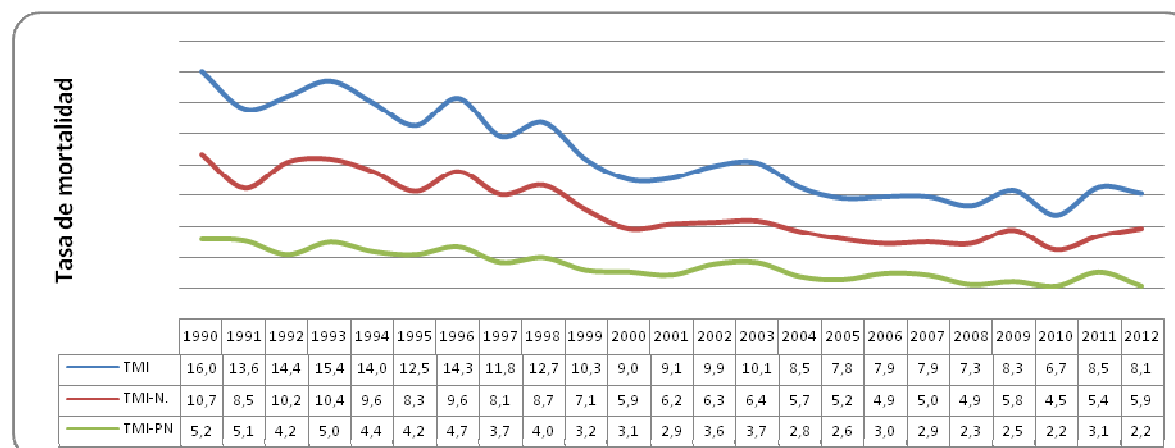
La comuna 8 fue la que presentó la TMI más elevada de la Ciudad. Allí fallecieron 11 niños menores de 1 año por cada mil nacidos vivos.

Del total de niños fallecidos menores de un año, la mayor parte ocurre durante el período neonatal (66%), principalmente en los primeros 7 días de vida (período neonatal precoz).

La mortalidad neonatal es la que ocurre durante las primeras cuatro semanas de vida y es un indicador del componente de la mortalidad infantil que puede atribuirse a factores endógenos (malformaciones congénitas, nacimiento prematuro, consecuencias del parto, entre otros.). La comuna 8 presentó la tasa de mortalidad neonatal más alta de la Ciudad con 6,8 muertes por cada mil nacidos vivos.

La mortalidad posneonatal es la que se produce durante el resto del primer año de vida y es un indicador de la mortalidad infantil de origen exógeno (enfermedades infectocontagiosas, del aparato respiratorio, diarreas, y otras. Al igual que lo que ocurre con la tasa de mortalidad neonatal, la comuna 8 presentó la tasa más alta de la Ciudad con 4,2 muertes posneonatales por cada mil nacidos vivos*.

**Tasa de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal por 1.000 nacidos vivos.
Residentes de la CABA. Serie histórica años 1990-2012.**



*) Dirección General de Estadísticas y Censos. Ministerio de Hacienda GCBA. “La mortalidad infantil en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Período 1990/2010”. Informe de resultados 459. Mayo 2011

Por lo expuesto anteriormente, deriva la importancia de tener un profesional que proviene de la Pediatría y se dedique a la especialización en un área crítica como la Neonatología.

5. PROPÓSITOS GENERALES:

El desarrollo del programa deberá:

- Promover una formación que integre la perspectiva clínica, institucional y comunitaria de las problemáticas de Salud de la población de referencia del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires.
- Seleccionar las mejores oportunidades de aprendizaje que el sistema ofrece en las distintas áreas y niveles.
- Formar profesionales que sean capaces de analizar el proceso de salud-enfermedad-atención en el contexto familiar y social
- Desarrollar capacidades para una fluida y adecuada comunicación médico-paciente y familia y/o equipo de salud
- Formar profesionales capaces de utilizar adecuadamente los diferentes dispositivos y recursos que el sistema de salud dispone.
- Fomentar modelos de integración y de trabajo interdisciplinario entre todos los profesionales del equipo de salud.
- Estimular el desarrollo de la investigación y la producción científica

- Contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos de alto riesgo o de muy bajo peso al nacer, en el contexto de la implementación de la primera etapa de la Regionalización de la Atención Neonatológica en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.²

6. PERFIL DEL EGRESADO DE LA RESIDENCIA POSBÁSICA PEDIÁTRICA EN NEONATOLOGIA. OBJETIVOS GENERALES:

Al finalizar el período de formación de 2 años, el residente de neonatología será capaz de:

- * Establecer una adecuada relación médico-paciente, comprendiendo tanto al recién nacido como a su familia, como una herramienta básica en la práctica de la actividad del médico neonatólogo.
- * Detectar signos de riesgo y realizar derivaciones oportunas en el caso de encontrarse frente a situaciones que superen la propia capacidad de resolución.
- * Adquirir habilidades y destrezas en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades frecuentes y no frecuentes que demanda una especialidad de terapia crítica.
- * Implementar e integrar conocimientos que permitan desarrollar investigaciones en las distintas áreas de la Neonatología aplicando un espíritu crítico.
- * Mantener una actitud de aprendizaje y enseñanza permanentes, con el fin de garantizar una formación de excelencia en Neonatología.
- * Reconocer e implementar acciones de promoción y prevención de la salud con impacto en la salud de la embarazada, el recién nacido y su familia.
- * Reconocer a la Perinatología como un área de trabajo de equipo multidisciplinario para ofrecer al binomio madre-hijo las mejores oportunidades.
- * Incidir de acuerdo a sus competencias en las decisiones obstétricas de los embarazos de alto riesgo,
- * Efectuar la recepción de un RN patológico e instrumentar las medidas necesarias para una adecuada reanimación en sala de partos.
- * Desplegar las habilidades y destrezas necesarias para sostener y recuperar al RN críticamente enfermo
- * Reconocer los mecanismos fisiopatológicos de las enfermedades del RN y su tratamiento, proveyendo sostén emocional a su familia y fomentando el vínculo madre - hijo.

²ver **Apéndice 4**: Resolución n°1137 GCABA/MSGC/11, que contempla la derivación de las embarazadas que lleguen al sistema con gesta probable menor a 32 semanas (o evidencia ecográfica del peso del feto menor a 1500g) y/o a los recién nacidos, con impacto socio-sanitario y epidemiológico para este grupo.

* Asistir clínicamente a un RN durante el acto quirúrgico y efectuar un traslado intra y extrahospitalario.

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

La Residencia Posbásica Pediátrica en Neonatología, al igual que el resto de las residencias del Sistema de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, se rige por lo dispuesto en la Ordenanza 40.997/86 y sus modificatorias (Ord. 51.475/97, Ley 601, Ley 2445 y Ley 4702 G.C.A.B.A.)

De acuerdo a esto, la residencia es un sistema de capacitación en servicio, a tiempo completo y con dedicación exclusiva para residentes y Jefes de residentes y de tiempo completo para Instructores de residentes

La duración del programa es de 2 años, con posibilidad de acceso al cargo de Jefe de residentes o Instructor, por un año más en el primer caso y uno o más años en el segundo.

REQUISITOS DE INGRESO Y MODALIDAD DE SELECCIÓN:

A) Condiciones requeridas según normativas vigentes para las residencias postbásicas

Desde la fecha de emisión del diploma de médico hasta la fecha del cierre a la inscripción al concurso, el postulante no deberá exceder de hasta 8 (ocho) años de graduación al año en el que se concursa y tener al menos 3 años³ de la Residencia de Pediatría completos y aprobados.

B) Documentación necesaria

Para Residencias Pos básicas:

Al momento de inscribirse, solo deben presentar el D.N.I., Título o fotocopia de Título legalizada, y original y copia del certificado de Residencia de Pediatría completa, o bien constancia de haber aprobado al menos tres años de la Residencia de Pediatría

El sistema de ingreso tiene dos instancias:

- 1- La aprobación de un mínimo establecido del examen de selección múltiple.
- 2- Evaluación de antecedentes para aquellos que hayan aprobado el primer punto, de acuerdo a la normativa vigente.

³Se adhiere a la recomendación prevista en el Marco de Referencia para la Especialidad de Neonatología del Ministerio de Salud de la Nación de Octubre de 2012 (Apartado III- Requisitos mínimos para el funcionamiento de residencia)

GUARDIAS:

Los residentes realizarán guardias de acuerdo a la normativa vigente (Ley 4702/2013 GCBA). Pueden existir diferencias entre las unidades formativas respecto del cumplimiento de esta actividad, de acuerdo a los proyectos locales. Se realizarán en la medida que se garantice el alcance de los objetivos del presente programa y dentro de las normativas vigentes.

7.1 Funciones docentes y de supervisión para el desarrollo del programa en cada sede:

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

- a- Coordinador General y/o local del programa de residencia
- b- Jefe de Residentes y/o Instructor de Residentes

a- La Coordinación General de la Residencia según la Resolución N° 987-MSGC/ 2014 del Ministerio de Salud-GCBA será la responsable de la planificación, ejecución y evaluación del programa docente de la Residencia. Estará constituida por un profesional o un equipo de profesionales que acrediten formación en el área de desempeño con responsabilidad en la gestión de la Residencia y en el Programa Docente de las Residencias emanado por la Autoridad de aplicación del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Son sus funciones y responsabilidades:

- Elaborar el Programa Docente General de la Residencia.
- Actualizar periódicamente el Programa Docente General de la Residencia.
- Evaluar y monitorear la implementación del Programa Docente General de la Residencia.
- Colaborar en el desarrollo de los procesos formativos y la capacitación en servicio.
- Recabar información sobre las sedes de la Residencia; y el monitoreo de su capacidad formadora.
- Asesorar en la selección de los ámbitos de rotación y el monitoreo de su capacidad formadora.
- Coordinar la organización de la capacitación en red, supervisando la coherencia entre los proyectos locales y el programa central, articulando los proyectos de las distintas sedes y facilitando su intercambio.
- Fomentar el vínculo institucional entre la Residencia y/o Concurrencia, las Direcciones del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, los Programas de Salud y la Dirección de Capacitación y Docencia.
- Propiciar la articulación entre la Dirección de Capacitación y Docencia, Comités de Docencia e Investigación, Jefes de Servicios Hospitalarios, Áreas Programáticas y Centros de Salud, Coordinadores de Programas locales, Jefes y/o Instructores de Residentes, Residentes y/o Concurrentes.

- Participar en el proceso de selección para el ingreso a la Residencia y/o Concurrencia acorde a la normativa vigente a través de: elaboración del examen, orientación a aspirantes, toma, resolución de apelaciones y análisis de los resultados del examen.
- Diseñar, gestionar la puesta en marcha y analizar el sistema de evaluación del desempeño de los Residentes y/o Concurrentes.
- Constituir una instancia de mediación en caso de conflicto entre las partes citadas.
- Favorecer el desarrollo de experiencias de formación entre las diversas Residencias y/o Concurrencias del Sistema de Salud.
- Participar en las actividades formativas o de intercambio y actualización que la Dirección de Capacitación y Docencia organice.
- Tender a la capacitación y actualización periódicas en temáticas inherentes al campo profesional, a la gestión en salud y a la función de coordinación

Coordinación Local del Programa.

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

Son sus funciones y responsabilidades:

- Coordinar las actividades de formulación del proyecto local de la sede, de acuerdo al programa general de la residencia.
- Coordinar las actividades que impliquen garantizar el cumplimiento del programa y, a través del mismo, la mejor formación de los residentes.
- Coordinar a través de reuniones periódicas con la Residencia, la organización de las actividades docentes, asistenciales y otras de interés para el desarrollo del programa.
- Intervenir junto a los Jefes de Residentes e Instructores de Residentes en las evaluaciones de desempeño profesional y de las rotaciones realizadas.
- Programar las rotaciones fuera y dentro del hospital.
- Mantener una comunicación fluida con la coordinación central de la Autoridad de Aplicación

b- Jefatura de residentes:

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

"El Jefe de Residentes será un profesional contratado anualmente, no renovable, que haya completado la residencia en la especialidad y profesión correspondiente; será propuesto por voto directo de los residentes en cada especialidad o profesión, con la aprobación de la Subcomisión de Residencias y el Comité de Docencia e Investigación. Se elegirá un Jefe de Residentes cada diez (10) residentes o fracción mayor de cuatro (4). Cada residencia tendrá un Jefe de residentes aunque su número sea menor de diez (10). (...) Al final del período recibirá un certificado expedido por la Dirección de Capacitación y refrendado por el Secretario de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires." (Ley 601. Selección)

Son funciones del Jefe de Residentes:

Organizar la actividad asistencial y docente de los residentes según el programa y supervisar sus tareas.

Actuar en acuerdo con Instructores de residentes, coordinadores de programas y Jefes de Servicio, en la supervisión y control de las actividades mencionadas, como asimismo, con Jefes de residentes de otras especialidades y profesiones.

Cumplir sus actividades en todas las áreas que fije el programa respectivo, incluyendo consultorios externos, salas de internación, servicios de urgencias, centros periféricos y área extramural.

Participar en la evaluación de los residentes.

Instructor de residentes:

Según a la Ley 2445/07 del G.C.A.B.A., modificatoria de la ordenanza 40.997 "El Instructor de Residentes será un profesional con antecedentes acreditados en la especialidad y profesión, y podrá pertenecer a la Carrera de Profesionales de la Salud (...). Se lo contratará anualmente pudiendo ser renovable." Art. 2. Selección.

Además, cuando no haya postulantes para ser designados Jefes de Residentes, el instructor cumplirá las mismas funciones que éste.

7.2 Condiciones que deben reunir las sedes para el desarrollo de la residencia:

Esta residencia se puede desarrollar en los siguientes ámbitos institucionales: Hospitales de Complejidad de III con maternidades III B o en un Hospital Pediátrico de III nivel ajustándose a las normativas implementadas en *la Regionalización de la Atención Neonatológica* de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Apéndice 4).

Las sedes de Residencias están sujetas a modificaciones que la Autoridad de aplicación considere pertinentes.

De acuerdo a los requerimientos para la atención integral del paciente neonato y su familia, se requiere que las sedes cuenten con:

- Terapia intensiva, terapia intermedia, bajo riesgo
 - Sala de partos y de recepción de recién nacidos
 - Residencia de madres y lactario
 - Enfermería capacitada y médicos de staff acorde a la capacidad de trabajo de la unidad y de los residentes que se formarán.
- Insumos técnicos: incubadoras, servocunas, incubadoras de transporte, cunas, halos, respiradores que permitan distintas modalidades ventilatorias, spots de LMT, medidores de flujo, oxímetro de pulso, monitores multiparamétricos, de TA, ECG, EEG Equipo de rayos portátil, ecógrafo, monitor de EEG continuo, equipo de hipotermia, oxido nítrico, entre otros.

Requisitos para constituir sedes de rotaciones:

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

Los ámbitos de rotación deberán:

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

8. ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN:

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

8.1 Asegurar una Fuerte Formación Práctica.

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

8.2 Promover la Participación de profesionales de staff

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

8.3 Estimular la Integración Asistencia –Docencia- Investigación

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

8.4 Integrar la Formación Teórica con la Práctica

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

8.5 Fomentar la Interdisciplina

Promover las actividades inter – residencias de distintas especialidades y con el equipo de salud del mismo hospital y de otros hospitales del sistema, proponiéndose la realización de reuniones periódicas Inter-Residencias, con temas designados al inicio del año lectivo.

8.6 La Supervisión

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

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

9. ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES POR AÑO Y POR ÁREA SEGÚN ÁMBITOS DE DESEMPEÑO Y APRENDIZAJE:

El Programa se desarrolla en dos años consecutivos, durante los cuales los/as residentes cumplen con Rotaciones programáticas obligatorias por los distintos sectores de las Unidades de Neonatología y una rotación electiva a la que se puede optar en el 2º año.

9.1. ÁMBITOS DE DESEMPEÑO DE LA RESIDENCIA:

Los ámbitos de desempeño y de formación del/la residente de Neonatología son:

- UTIN
- Terapia Intermedia
- Área Bajo riesgo
- Área de parto y recepción de recién nacido
- Perinatología(trabajo conjunto con Obstetricia)
- Traslado interno y externo.
- Consultorio de seguimiento de Alto Riesgo

- Pueden ser en el Hospital de origen o en caso de no contar con ese ámbito de desempeño lo complementará en rotación externa.

9.2. ORGANIZACIÓN GENERAL DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD FORMATIVO-ASISTENCIAL:

Involucra *el 70% del tiempo* total y se realiza con la permanente supervisión de los médicos del staff de cada servicio

Las actividades formativo-asistenciales incluyen todas aquellas derivadas de la práctica de la especialidad, abarcando todas las áreas y ámbitos de desempeño y las estrategias y actividades implementadas para tal fin (Ver detalle apartado 10). De esta manera, se promueve el desarrollo de las competencias específicas para alcanzar el perfil profesional deseado para el Médico especializado en Neonatología.

Estas actividades surgen del contacto cercano y la interacción permanente entre los residentes y médicos de planta. El residente de segundo año es un referente diario en la docencia para el residente de primero y los residentes rotantes de Pediatría, y los médicos de planta lo son para ambos.

El cuidado de pacientes en el Área se efectuará con el abordaje gradual y con responsabilidad creciente organizado de la siguiente forma: Durante el 1^{er} año, el residente tendrá un número de pacientes a cargo que variará según el sector donde se halle rotando. Todas las decisiones clínicas serán consultadas con el neonatólogo del sector y la información a los padres será administrada por dicho médico en presencia del residente.

Durante el 2^o año, el residente tendrá pacientes a cargo sobre los cuales tomará las decisiones clínicas correspondientes, decidirá las interconsultas pertinentes y dará la información a los padres que lo identificarán como el médico de cabecera de su hijo. Será supervisado por el neonatólogo del sector.

La supervisión de Historias Clínicas y/o la auditoria de las mismas, la realiza cotidianamente el Jefe de Residentes y el Coordinador Local del Programa.

ACTIVIDAD DOCENTE:

Involucra el 20% del tiempo total y se efectúa con la supervisión y monitoreo del Jefe de Residentes y Coordinador local del programa.

La actividad docente programada de tipo académica incluye:

- Ateneo central con presentación y discusión de pacientes; actualizaciones bibliográficas, anatomopatológicas y otros: con frecuencia semanal, a lo largo de todo el año.
- Talleres inter-residencia con un mínimo de 4 por año.
- Pases de Guardia dirigidos por el Jefe de Unidad y/o Jefe de UTIN.
- Clases, talleres con estudio de casos y grupos de discusión organizados por el servicio.
- Curso de RCP neonatal obligatorio para Residentes de 1º año
- Curso de Lactancia obligatorio para Residentes de 1º año
- Curso de Metodología de la Investigación para Residentes de 1º año
- Podrá asistir a Jornadas, Simposios y Congresos de la especialidad, compatibilizando las necesidades del servicio con los intereses del residente priorizando su formación.

ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN:

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

Durante el primer año el residente debe adquirir conocimientos de metodología de investigación y ética en investigación y conocer los procedimientos que se deben seguir para la presentación de un proyecto de investigación a la luz de la normativa vigente. Al final de la residencia debe poder presentar un trabajo científico publicable.

En todos los casos llegará a los mismos a partir de su aprendizaje acerca de los métodos de investigación y su aplicación en pacientes con distintas patologías de acuerdo a normas de buena práctica clínica y bajo la estricta supervisión de Jefes o Instructores de Residentes, Coordinadores locales de Programa y Jefes de Servicio.

Además, efectuarán una revisión crítica de la bibliografía sobre temas de la especialidad colaborando y promoviendo el crecimiento científico de los profesionales del área.

9.3. ORGANIGRAMA DE ROTACIONES ANUALES⁴:

ROTACIONES 1º AÑO

PARTO Y RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO: 2 meses

INTERNACIÓN CONJUNTA: 1 meses

BAJO RIESGO- PREALTA: 1mes

TERAPIA INTERMEDIA: 4 meses

⁴La secuencia dentro de cada año es indistinta, se implementarán de acuerdo los proyectos locales definidos para cada sede de residencia.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UTIN):**4 meses**

ROTACIONES 2º AÑO:

CONSULTORIO DE SEGUIMIENTO DE NIÑOS DE ALTO RIESGO: **2 meses**

CIRUGÍA: **3 meses**

TERAPIA INTENSIVA: **4 meses**

TRASLADO INTERNO Y EXTERNO: **1 mes**

ROTACIÓN ELECTIVA: **2 meses**

ROTACIÓN ELECTIVA: Tendrán acceso a la misma los residentes del último año, que hubieren aprobado los exámenes y evaluación correspondientes al primer año. Deberán aportar al cumplimiento de los objetivos del presente programa, dentro de las áreas de interés para la formación del Neonatólogo.

La duración será de 2 meses. Los que accedan a la misma deberán comunicar su elección al comienzo del último año. Podrán solicitar rotaciones por el exterior o por el interior del país de acuerdo a los lineamientos de la normativa vigente.

10. OBJETIVOS Y CONTENIDOS POR AÑO Y POR ROTACIÓN:

La formación del/la residente se realiza a través de la *capacitación permanente en servicio y de manera supervisada por un médico del staff de la especialidad*. De esta manera, se hace una continua integración teórico-práctica para la formación de capacidades complejas que se ponen en juego en el desempeño profesional. (Ver *Contenidos Generales en Apéndice 3*).

1º AÑO:

ROTACIONES:

PARTO Y RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO: **2 meses**

INTERNACIÓN CONJUNTA: **1 meses**

BAJO RIESGO- PREALTA: **1mes**

TERAPIA INTERMEDIA: **4 meses**

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UTIN):**4 meses**

1ª Año: Objetivos Generales

Al finalizar el primer año, el/la residente deberá ser capaz de

- Aplicar una orientación sindrómica en la atención de un recién nacido enfermo.
- Demostrar la habilidad para aplicar criterios de gravedad en la atención de un neonato.
- Reconocer los propios límites en la comprensión y resolución de los problemas.
- Realizar una Historia Clínica clara, concreta y que refleje la realidad del paciente.

- Realizar los procedimientos manuales básicos para la atención de un neonato.
- Demostrar habilidades y destrezas para realizar la reanimación neonatal en sala de partos y recepción de recién nacido normal y patológico
- Reconocer las herramientas para motores de búsqueda bibliográfica, con el fin de efectuar una revisión y actualización crítica
- Aplicar las herramientas para la redacción de un trabajo científico de manera idónea
- Utilizar los procedimientos para la presentación de un proyecto de investigación
- Reconocer los principios de ética en investigación y las normas de buena práctica clínica

OBJETIVOS Y CONTENIDOS POR ÁMBITOS DE FORMACIÓN:

ROTACIÓN PARTOS Y RECEPCIÓN DE RECIÉN NACIDOS:

OBJETIVOS:

- Asistir al parto normal, acompañando al residente de pediatría.
- Asistir con criterio, de acuerdo a su patología, al recién nacido de alto riesgo
- Afianzar los conocimientos de RCP neonatal
- Establecer los requerimientos asistenciales acordes al recién nacido de alto riesgo que va a recibir (ej: Mielomeningocele, asfixia perinatal, prematuro extremo, entre otros).

CONTENIDOS:

Trabajo conjunto con el equipo perinatal.
 Valoración del riesgo
 Recepción de recién nacido sano y patológico
 Evaluación de la edad gestacional
 Score de Apgar
 Manejo de RCP

Duración: dos meses a tiempo completo

ROTACIÓN POR EL ÁREA DE INTERNACIÓN CONJUNTA

OBJETIVOS

- ◆ Reconocer un recién nacido sano.
- ◆ Reconocer los cambios fisiológicos del recién nacido.
- ◆ Establecer un vínculo con la familia del recién nacido
- ◆ Comprender la situación familiar.
- ◆ Reconocer los cambios de alto riesgo en la Internación conjunta

CONTENIDOS

Internación conjunta. Semiología del recién nacido sano. Puericultura y Lactancia Materna.
Hiperbilirrubinemia. Pesquisa de Infecciones perinatales
Pesquisa neonatal. Vínculo temprano madre – hijo.

Duración: Un mes a tiempo completo

ROTACIÓN POR AREA BAJO RIESGO/PRE-ALTA

OBJETIVOS

- ◆ Reconocer al recién nacido sano y patológico
- ◆ Reconocer y tratar al paciente neonatal en etapa de recuperación nutricional.
- ◆ Reconocer el estado clínico del paciente internado, comprender la patología y ajustar aportes para su crecimiento
- ◆ Implementar la lactancia materna como eje nutricional del prematuro
- ◆ Comprender la situación familiar que genera la internación prolongada de los pacientes.
- ◆ Desarrollar habilidades para la detección de situaciones familiares y/o sociales que dificultarán el alta o progreso post alta del paciente.
- ◆ Planificar el Alta del RN con patología, incorporando al asistente social y al Grupo de Seguimiento de Alto Riesgo de la Unidad

CONTENIDOS

Historia clínica. Resumen de su evolución en UTIN. Planificación de estudios a cumplimentar antes del alta.

Patologías más frecuentes asistidas en el área de Pre-alta: infección urinaria, Hiperbilirrubinemia, osteopenia, recuperación nutricional. Patología quirúrgica de bajo riesgo

Criterio de diagnóstico y tratamiento de las patologías más frecuentes

Lactancia materna.

Dinámica familiar del paciente críticamente enfermo.

Duración: Un mes a tiempo completo

ROTACIÓN EN ÁREAS DE UTIN - TERAPIA INTERMEDIA

OBJETIVOS

- ◆ Reconocer el estado clínico del paciente internado y su gravedad, comprender la patología e indicaciones del mismo

- ♦ Comprender la situación familiar que genera la internación.
- ♦ Desarrollar habilidades y destrezas en la realización de procedimientos manuales básicos.
- ♦ Reconocer los distintos equipos que dispone la Unidad para asistencia ventilatoria, monitorización, luminoterapia, y otros procedimientos.
- ♦ Identificar y analizar los aspectos éticos del paciente en cuidados críticos.
- ♦ Adquirir conocimientos y destrezas de RCP básica

CONTENIDOS

Criterios de internación .Confeción de historia clínica. Evaluación del estado clínico del paciente. Signos vitales. Seguimiento clínico del paciente. Balance hidroelectrolítico.

Solicitud de estudios complementarios, su indicación oportuna e interpretación de los resultados.

Recolección de muestras biológicas. Normas de bioseguridad en la recolección y transporte de muestras.

Procedimientos manuales básicos: accesos venosos, punción lumbar, colocación de sonda vesical, nasogástrica y orogástrica, intubación endotraqueal.

Relación médico – paciente en internación.

La familia del paciente internado: temores y ansiedades más frecuentes, modificaciones en la dinámica familiar.

Criterios de derivación y traslado a las distintas áreas de la Unidad.

Recuperación postquirúrgica.

RCP neonatal básica

Duración: Cuatro meses a tiempo completo para UTIN y Terapia Intermedia.

2º AÑO:

ROTACIONES:

CONSULTORIO DE SEGUIMIENTO DE NIÑOS DE ALTO RIESGO: **2 meses**

CIRUGÍA: **3 meses**

TERAPIA INTENSIVA: **4 meses**

TRASLADO INTERNO Y EXTERNO: **1 mes**

ROTACIÓN ELECTIVA: **2 meses**

2 Año: Objetivos Generales

Al finalizar el 2º año, el/la residente será capaz de:

- Aplicar criterios de gravedad de la unidad madre niño en el contexto bio-psico-social y de la complejidad del paciente en todos sus aspectos.
- Demostrar habilidades en la resolución de patologías de riesgo
- Demostrar destreza en el soporte técnico ventilatorio y hemodinámico.
- Brindar la información a la familia teniendo en cuenta la importancia de lograr una adecuada relación médico-paciente.
- Participar del trabajo en equipo aportando desde sus competencias específicas.
- Aplicar y ampliar las herramientas para motores de búsqueda bibliográfica
- Aplicar y consolidar las técnicas para la redacción de un trabajo científico
- Realizar un protocolo de investigación bajo supervisión de un tutor o médico de staff, en el marco de la normativa vigente

OBJETIVOS Y CONTENIDOS POR ÁMBITOS DE FORMACIÓN:

ROTACIÓN EN CONSULTORIO DE SEGUIMIENTO DE ALTO RIESGO

OBJETIVOS

- Reconocer las necesidades asistenciales de neonatos prematuros con patología en etapa ambulatoria.
- Reconocer y tratar al paciente crónicamente enfermo.
- Comprender los problemas de la familia del paciente crónicamente enfermo.
- Reconocer la importancia del trabajo multidisciplinario en el seguimiento del prematuro en desarrollo.
- Reconocer y evaluar el crecimiento y desarrollo a largo plazo del paciente que egresa de la unidad de interacción.

CONTENIDOS

Seguimiento del niño con patología. Solicitud, indicaciones e interpretación de estudios complementarios. Criterios de diagnóstico y tratamiento de la patología ambulatoria. Evaluación clínica de pacientes complejos.

Seguimiento del paciente crónicamente enfermo: ROP, miopía, DBP, Parálisis cerebral. Trastornos motores, de conducta, alteraciones sensoriales: sordera, ceguera. Trastornos de aprendizaje y escolaridad.

Aspectos sociales y psicológicos de la familia del prematuro. Test neuro-madurativos. Bayley, entre otros

Inmunizaciones en situaciones especiales.

Duración: Dos meses a tiempo completo

ROTACIÓN POR CIRUGÍA

OBJETIVOS

- ◆ Reconocer y diagnosticar la patología quirúrgica más frecuente.
- ◆ Realizar la interconsulta con el especialista de manera oportuna.

CONTENIDOS

Evaluación prequirúrgica.

Evaluación y control hemodinámica intraquirúrgico.

Seguimiento postquirúrgico en internación

Patología quirúrgica más frecuente.

Duración: Tres meses a tiempo completo.

ROTACIÓN POR UTIN

OBJETIVOS

- ◆ Reconocer el paciente neonatal crítico
- ◆ Comprender las indicaciones y los criterios de traslado a otras áreas de la unidad para el seguimiento del paciente crítico neonatal.
- ◆ Comprender los criterios de gravedad y de tratamiento oportuno
- ◆ Desarrollar habilidades y destrezas en la realización de procedimientos manuales complejos de UCIN.
- ◆ Aplicar los conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar avanzada.
- ◆ Adquirir criterios para la contención de situaciones familiares complejas.

CONTENIDOS

Historia clínica en UTIN. Síntesis de la evolución, diagnóstico y conductas a tomar.

Semiología del recién nacido patológico: valor de los signos y síntomas en el prematuro, diferencias con el RN de término.

Criterios de diagnóstico y tratamiento de la patología neonatal. Recuperación postquirúrgica.

Shock. Sepsis. Paro cardiorrespiratorio.

Solicitud, indicaciones e interpretación de estudios complementarios.

Recién nacido prematuro y prematuridad extrema. Protocolo de intervención mínima y neurodesarrollo. Prevención de las infecciones intrahospitalarias. Reconocimiento de brote

Aspectos éticos. Reanimación neonatal en sala de partos y en unidad de cuidados críticos.

Tratamiento del dolor

Habilidades y destrezas: accesos venosos y arteriales, intubación oro-traqueal. Punción vesical, drenaje pleural, drenaje pericárdico. Colocar vías centrales: femoral, arterial y yugular. Intubación de vías respiratorias.

Asistencia Respiratoria Mecánica. Modalidades. Luminoterapia. Nutrición del paciente crítico. Genética.

Dinámica familiar del recién nacido internado. Interacción con enfermería.

Duelo Normal y patológico. Ética clínica.

Duración: 4 meses a tiempo completo.

ROTACIÓN POR TRASLADO INTERNO Y EXTERNO

OBJETIVOS:

- ◆ Comprender la importancia de un traslado apropiado y el rol del neonatólogo durante el mismo
- ◆ Desarrollar habilidades y destrezas necesarias para la estabilización del paciente y atención continua durante el traslado.
- ◆ Desarrollar habilidades y destrezas necesarias para la elección del medio de transporte.
- ◆ Aplicar los conocimientos sobre calificación de la urgencia.

CONTENIDOS:

Calificación de la urgencia. Recurso humano y equipamiento necesario. Estabilización del paciente y atención continua durante el traslado. Elección del medio de transporte. Registros

Duración: Un mes a tiempo completo

11. SISTEMA DE EVALUACIÓN:

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

La evaluación constará de aspectos teóricos, de desempeño práctico y académicos que constituirán el portfolio de cada Residente, quien a través de una Entrevista Personal recibirá información sobre sus logros y las recomendaciones por parte del jefe de Residente y Director/docente a cargo; con la finalidad de alcanzar los objetivos propuestos. De ser necesario, se designará un tutor para apoyo específico del residente que lo requiera.

11.1. La evaluación del desempeño del residente

Evaluar el desempeño es evaluar integralmente la habilidad de un sujeto para realizar una práctica profesional. Esto incluye los modos de organización, retención y uso de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para esa práctica.

Esta modalidad se basa en la observación de la práctica profesional directa o a través de distintos indicadores.

El proceso de evaluación deben llevarlo a cabo al menos dos evaluadores, siendo imprescindible que al menos uno de ellos haya sido su instructor directo en la rotación correspondiente y siendo deseable que participe activamente de este proceso el jefe de residentes y el coordinador del Programa de la Residencia, cuando la rotación se desarrolla en la sede de origen.

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

11.2. La Evaluación de las Rotaciones

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

Los profesionales responsables de la formación en cada rotación deberán conocer el Programa docente con los objetivos de aprendizaje, los instrumentos de evaluación y el instrumento con que se evaluará esa experiencia de formación (se adjunta Instrumento: en APENDICE 1)

11.3 Metodología de la evaluación:

1-Exámenes Teóricos- Prácticos parciales:

Teóricos: tipo multiplechoice, casos clínicos u otra modalidad según considere la sede de la residencia.

Exámenes a lo largo del año, con un intervalo de 6 meses; el último de ellos será de tipo sumativo, y serán requisito de promoción al próximo año. El puntaje de aprobación será del 70 % de un examen de 100 preguntas.

Prácticos:

- Curso de RCP (con Certificación)

- Curso de LACTANCIA (con Certificación)

-EVALUACIÓN del DESEMPEÑO (se adjunta instrumento APÉNDICE 1). Realizada por médicos de staff, docentes a cargo de las distintas Áreas de Rotación del residente y por el Jefe de Residentes. Los aspectos a considerar serán los siguientes: conocimientos teórico-prácticos, habilidad en los procedimientos, presentación de pacientes, capacidad de evaluación diagnóstica, terapéutica implementada, relación con los padres, actualización científica, compromiso y actitud en el cumplimiento de las obligaciones de la residencia.

-EVALUACIÓN DE PROCEDIMIENTOS (se adjunta instrumento APÉNDICE 2) Realizada por cada Residente y evaluada por Jefe de Residentes. Se evaluarán: Calidad y cantidad de procedimientos efectuados, los médicos asistentes del servicio tendrán la obligación de informar al Jefe de residentes sobre la calidad de la técnica empleada por el residente o sobre el fracaso en algún procedimiento. De este modo, se controlará la evolución de la habilidad en los procedimientos de cada residente.

2-Desempeño en áreas de investigación y académica

Primer año:

Búsqueda bibliográfica presupone un trabajo de investigación bibliográfica elaborada con comentario y propuesta original que constituyan un aporte a su lugar de trabajo

Segundo año:

Monografía y/o Trabajo científico: elaboración de los mismos sobre temas relevantes para el servicio y de actualidad científica.

Ambos contarán con la tutoría del/los Docentes de staff, quienes tendrán a cargo la tarea de guía, promotores y correctores de los trabajos antes de su presentación.

APROBACIÓN DE LA RESIDENCIA:

El residente deberá reunir las siguientes condiciones para aprobar la residencia: Asistir al 80% de las actividades teórico-prácticas,

Aprobar las Evaluaciones Teóricas Parciales establecidas por este Programa,

Aprobar la Evaluación final con un 70%.

Aprobar las Evaluaciones de Desempeño Anuales.

Presentación y aprobación de la Monografías/o trabajo de investigaciones el Servicio, de acuerdo a los requisitos establecidos por la normativa vigente.

12. BIBLIOGRAFÍA:

- Remington JS, Klein JO, Wilson CB, Nizet V, Maldonado YA, Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant.. 7th Ed, 2011. Philadelphia; Elsevier Saunders
- Gleason C, Devaskar S. . Avery's Diseases of the Newborn. 9° edition, Elsevier Health Sciences, Philadelphia, 2011
- MacDonald M, Seshia M, Mullett M.. Avery's Neonatology: Pathophysiology & Management of the Newborn. 6° edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2005
- MacDonald M., Ramasethu J. Atlas De Procedimientos En Neonatología. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 2005

- Ceriani Cernadas J. Manual de Procedimientos en Neonatología. 1º Edición. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 2005
- Ceriani Cernadas J, Fustiñana C, Mariani G, Jenik A, Lupo E. Neonatología Práctica. 4º edición. Lippincott Williams & Wilkins. Buenos Aires, 2005
- Cloherty J. Manual de cuidados neonatales. 4º edición. Elsevier. Barcelona, 2005
- Sola A. Cuidados neonatales: descubriendo la vida de un recién nacido enfermo, Volumen 1. Edimed-Ediciones Médicas, 2011
- Sola A. Dialogos En Neonatología: Aprendiendo De Las Preguntas Edimed -Ediciones Médicas, 2011.
- Donn S, Shinha S. Manual De Asistencia Respiratoria En Neonatología. 2º Edición. Editorial: Ediciones Journal–Buenos Aires, 2008
- Martínez Ferro M. Neonatología Quirúrgica. Ediciones Medicas Internacionales, Buenos Aires, 2004.
- Volpe J. Neurology of the Newborn. 5º edition. Elsevier Health Sciences, Philadelphia, 2008
- Hulley S, Cummings S, Browner W, Grady D, Newman T. Diseño de las investigaciones clínicas. Lippincott, Williams & Wilkins; 3ra edición; 2008.
- Day R. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. Organización Panamericana de la Salud; 4ta edición; 2008.
- Gordis L. Epidemiología. Elsevier; 3ra edición; 2005.
- Petrie A, Sabin C. Medical statistics at a glance. 2nd ed. Malden: Blackwell publishing Ltd; 2005

SITIOS WEB RECOMENDADOS

<http://www.openepi.com>

<http://www.icmje.org/>

CICLOS DE EDUCACIÓN CONTINUA

Programa de Actualización en Neonatología (PRONEO)

Editorial Médica Panamericana. Semcad

LEYES

1. Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N° 153

<http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/normativas/leybasica.pdf>

2. LEY 26529. Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado.

<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=14366>

3. Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires.

<http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/leyninos.pdf>

4. Sistema Municipal de Residencias Ordenanza N° 40997/85 y su modificatoria.

<http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/normativas/sistmun.pdf>

<http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/normativas/modsist.pdf>

5. Ley 4702. Residencias Hospitalarias.

<http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley4702.html>

6- Ley 3301 Protección de Derechos de Sujetos en Investigaciones en Salud

<http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley3301.html>

13. APÉNDICE:

APÉNDICE 1

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

RESIDENTE:

AÑO DE RESIDENCIA:

ESPECIALIDAD:.....

ROTACIÓN:

EVALUADOR:

FECHA: __ / __ / __

INSTRUCCIONES:

Para valorar el desempeño global del residente se considerarán las evaluaciones realizadas en los distintos ámbitos, que consideran los comportamientos esperados en los mismos y que forman parte de las competencias profesionales que los residentes deberán adquirir.

El evaluador sintetizará su apreciación según cuatro categorías, que se corresponden con los siguientes valores numéricos:

Altamente satisfactorio (9 - 10)

Satisfactorio (6 - 7 - 8)

Poco satisfactorio (4 - 5)

Insatisfactorio (1 - 2 - 3)

NOTA:

La promoción anual del residente se realizará según esta evaluación global.

Se promueve con valoración Satisfactoria o Altamente Satisfactoria.

No se promueve con valoración Poco satisfactoria o insatisfactoria

En el espacio consignado para **CONCLUSIONES GENERALES Y SUGERENCIAS ALRESIDENTE**, el evaluador deberá realizar los comentarios generales sobre el desempeño del residente y en particular identificar dificultades que pudiera tener, proponiendo alternativas para superar dichas dificultades y/o estrategias para promover su aprendizaje.

Escriba en el renglón de observaciones, si considera necesario, todas las consideraciones particulares no contempladas en el instrumento.

Luego de evaluar los ítems de cada ámbito de desempeño usted deberá señalar si el residente se ha desempeñado en dicho ámbito, en forma altamente satisfactoria, satisfactoria, poco satisfactoria o insatisfactoria.

Con las mismas categorías, deberá valorar el desempeño global del residente y definir una nota como síntesis de su evaluación.

Esta grilla debe contener todas las firmas correspondientes, de lo contrario carecerá de validez.

n/o: no observado **n/c**: no corresponde a su nivel

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO GENERAL DEL RESIDENTE

A. HISTORIA CLINICA	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	RARA VEZ	N/O	N/C
Realiza correcta y sistemáticamente el interrogatorio y el examen físico						
La actualización diaria refleja la evolución del paciente.						
La actualización es ordenada, completa y evidencia capacidad de síntesis.						
Diseña un plan diagnóstico y terapéutico acorde a la impresión diagnóstica y a la sistemática del servicio.						
B. ATENCION AL PACIENTE						
Se interesa por la situación global del paciente.						
Cumple la sistemática en la orientación diagnóstica y tratamiento.						
Jerarquiza los problemas según prioridades.						
Tiene criterio de prioridad en la solicitud de exámenes complementarios.						
Resuelve adecuadamente las situaciones críticas.						
Reconoce sus limitaciones y sus consultas son pertinentes.						
Cumple con sus responsabilidades médicas y demuestra preocupación por la resolución de los problemas del paciente.						
Toma decisiones de acuerdo a su nivel de responsabilidad.						
Tiene criterio de derivación acorde a la complejidad del paciente.						
Jerarquiza la información brindada al paciente y su familia, comunicándola en forma comprensible.						
C. PRESENTACION DE PACIENTES						
Sigue una sistemática en la presentación del caso.						
Promueve la discusión y hace nuevos aportes.						
Colabora en definir estrategias.						

EVALUACION DEL DESEMPEÑO GENERAL DEL RESIDENTE

1 – DESEMPEÑO DEL RESIDENTE:

Altam.Satisf PocoSatisf Satisfactorio Insatisfactorio

2. EVALUACION DEL DESEMPEÑO EN CONSULTORIO DE ALTO RIESGO

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	RARA VEZ	N/O	N/C
Reconoce los resultados del periodo neonatal complejo						
Valora el riesgo potencial del medio socio-economico-ambiental en que se halla el paciente						
Evalua correctamente el motivo de consulta y orienta el diagnostico						
Efectua con criterio clinico las interconsultas y estudios pertinentes de acuerdo a prioridades						

2 DESEMPEÑO DEL RESIDENTE:

Altam.Satisf PocoSatisf Satisfactorio Insatisfactorio

3. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES DOCENTES:

A-EN CLASES Y ATENEOS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	RARA VEZ	N/O	N/C
Realiza presentaciones claras y precisas.						
Participa en las discusiones clínicas.						
Lee y se mantiene informado sobre temas de su especialidad.						
Integra y jerarquiza la información presentada basándose en bibliografía pertinente.						
B-EN ACTIVIDADES INDIVIDUALES						
Demuestra interés en la elaboración de una monografía.						

3 -DESEMPEÑO EN ACTIVIDADES DOCENTES

AltamSatisf

Poco Satisf

Satisfactorio

Insatisfactorio

OBSERVACIONES:

4 -ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD

Altam. Satisf

Poco Satisf

Satisfactorio

Insatisfactorio

OBSERVACIONES:

CONCLUSIONES GENERALES Y SUGERENCIAS AL RESIDENTE

- a) Condiciones personales que merecen destacarse.....
.....
.....
- b) Aspectos a mejorar
.....
.....
- c) Opinión y/o consideraciones del residente.....
.....
.....

EVALUACIÓN GLOBAL DEL DESEMPEÑO:

Altamente satisfactorio () Satisfactorio () Poco Satisfactorio () Insatisfactorio ()

.....
Firma del Evaluador

.....
Firma del Residente

.....
Firma del Jefe de Servicio o
del Coordinador de Residencia

.....
Firma del Secretario del Comité
de Docencia e Investigación

APENDICE 2

PLANILLA DE PROCEDIMIENTOS- Instructivo

Será llenada por el Residente.

Con supervisión trimestral por el Jefe de Residencia, para llegar al objetivo (cantidad y calidad de los procedimientos y evolución alcanzada de la técnica)

PLANILLA DE PROCEDIMIENTOS

Nombre y Apellido.....AÑO.....

PROCEDIMIENTOS	Realizados	Intento fallido	Oportunidades	Asistidos
Intubación TET				
Punción lumbar				
Punción suprapubica				
Punción pleural				
Punción Transfontanelar				
Punción abdominal				
Sondaje vesical				
Canalización umbilical				
Drenaje pleural				
Drenaje abdominal				
Drenaje pericárdico				
Otros				

FIRMA DEL EVALUADOR:

APÉNDICE 3

CONTENIDOS GENERALES

BLOQUE 1: EPIDEMIOLOGÍA

- Tasas de Mortalidad y Morbilidad en el periodo perinatal
- Factores que influyen la mortalidad y morbilidad
- Métodos de recolección de datos a nivel nacional y local
- Sistemas de notificación de nacimientos y muertes y auditoría (Enfermedades de denuncia obligatoria)

BLOQUE 2: FISIOPATOLOGÍA DEL FETO

- Crecimiento y desarrollo fetal. Medidas medias.
- Desarrollo de los distintos órganos
- Patologías del embarazo que afectan al feto
- Detección de anomalías fetales
- Consulta prenatal multidisciplinaria
- Intervenciones prenatales que mejoran la salud neonatal

BLOQUE 3: FISIOLÓGIA DE LA ADAPTACIÓN POSTNATAL

- Cambios respiratorios y circulatorios al nacimiento
- Fisiología de los cambios luego del nacimiento
- Fisiología de la alimentación a pecho

BLOQUE 4: FISIOPATOLOGÍA DE LA PREMATUREZ

- Patología respiratoria-Deficiencia de surfactante y sus complicaciones
- Problemas cardiovasculares- Ductus Arterioso Permeable -
- Hipertensión pulmonar persistente -Desarrollo gastrointestinal y alimentación
- Maduración renal- Balance de fluidos- Alteraciones hidroelectrolíticas
- Trastornos neurológicos: Patogénesis de la hemorragia intraventricular y la leucomalacia periventricular
- Termorregulación

BLOQUE 5: FISIOPATOLOGÍA DE ENFERMEDADES DEL PREMATURO Y EL RECIÉN NACIDO DE TÉRMINO

- Anomalías congénitas y su manejo
- Hipoxia perinatal-Consecuencias de la hipoxia e isquemia
- Adaptación metabólica a la vida postnatal
- Errores congénitos del metabolismo
- Inmunidad neonatal
- Patogénesis de la infección perinatal y neonatal

BLOQUE 6: FARMACOLOGÍA EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL

- Farmacocinética en el recién nacido prematuro y de término
- Toxicidad e interacción de drogas
- Influencia de la medicación materna en las condiciones neonatales
- Efectos del abuso de drogas maternos en el feto y recién nacido
- Pasaje de drogas a la leche humana

BLOQUE 7: PRINCIPIOS DEL CUIDADO NEONATAL

- Reanimación cardiopulmonar neonatal
- Soporte respiratorio-
- Ventilación mecánica.
- CPAP
- Intubación endotraqueal
- Estrategias para optimizar la ventilación mecánica
- Complicaciones y secuelas de la ventilación mecánica prolongada
- Soporte cardiovascular
- Manejo de drogas vasoactivas
- Ductus Arterioso permeable
- Crecimiento postnatal
- Requerimientos nutricionales y balance hídrico
- Alimentación con leche humana- Fórmulas y suplementos- Alimentación parenteral
- Enfermedades severas enterales
- Ictericias
- Infecciones peri y postnatales. Infecciones Intrahospitalarias: prevención
- Cuidados de la piel y termorregulación
- Mineralización ósea

- Integridad funcional y estructural del cerebro-
- Pronóstico de patologías neurológicas mayores
- Recién Nacido quirúrgico (colocaría RN con patología quirúrgica)
- Cuidados pre y postquirúrgicos
- Manejo del dolor en el recién nacido
- Prevención y tamizaje de la Retinopatía del Prematuro
- Tamizaje de la pérdida auditiva
- Tamizaje de enfermedades metabólicas
- Tamizaje de infecciones perinatales. (HIV, Chagas, Toxoplasmosis, CMV)
- Tamizaje para detección de luxación de cadera,
- Investigaciones genéticas
- Secuelas a corto, mediano y largo plazo de eventos perinatales y neonatales adversos

BLOQUE 8: TRANSPORTE NEONATAL

- Principios del transporte neonatal
- Equipamiento necesario
- Oportunidad del traslado
- Estabilización previa
- Anticipación de situaciones de riesgo
- Registros adecuados
- Información y consentimiento informado de los padres

BLOQUE 9: SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO DE RIESGO

- Resultados asociados a grupos de alto riesgo perinatal
- Diagnóstico y consejería
- Parálisis cerebral
- Problemas respiratorios crónicos
- Trastornos visuales y auditivos
- Problemas en el crecimiento y nutrición adecuada
- Importancia de otros resultados cognitivos

APÉNDICE 4

GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCIÓN N° 1137/GCABA/MSGC/11

MINISTERIO DE SALUD - ATENCIÓN NEONATOLÓGICA - ESTABLECE LA REGIONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN NEONATOLÓGICA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS - HOSPITALES REFERENTES "COSME ARGERICH", "CARLOS DURAND", "JUAN A. FERNÁNDEZ", HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "DONACIÓN SANTOJANNI" Y EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL "RAMÓN SARDÁ" - APRUEBA PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN DE PARTOS CON GESTA PROBABLE MENOR A 32 SEMANAS

Buenos Aires, 14 de julio de 2011

VISTO:

El Expediente N° 930159/11 y; **CONSIDERANDO:**

Que, la experiencia internacional mostró que la regionalización de la Atención de los Recién Nacidos con alto riesgo puede lograr una disminución de la morbimortalidad de estos pacientes y así mejorar la tasa de mortalidad neonatal;

Que, dada esa experiencia se propone una metodología para producir una primera etapa en la Regionalización de la Atención Neonatal en el sistema de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, en la que se encarará principalmente regionalizar los nacimientos de los recién nacidos con menos de 1500g de peso;

Que, en ese orden de ideas, por la presente se propicia proyecto de Regionalización de la Atención de los Recién Nacidos con alto riesgo, que apunta a elevar la calidad de toda la atención neonatológica, creando mejores condiciones, tanto en las instituciones que tendrán condiciones para recibir a los pacientes con alto riesgo, como así también en las restantes maternidades y servicios de neonatología;

Que, estadísticamente, de los partos en los Hospitales Públicos dependientes del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el 1.1 % corresponde a niños cuyo peso es menor a 1500g;

Que, para la Regionalización de la Atención Neonatológica en los Hospitales Públicos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de los partos y nacimientos de niños menores de 1500 g, se contempla que se derive las embarazadas que lleguen al sistema con gesta probable menor a 32 semanas (o evidencia ecográfica del peso del feto menor a 1500g) y/o a los recién nacidos, en el caso que por circunstancias clínicas el parto se haya realizado en el cualquier Hospital del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, a los Hospitales Generales de

Agudos "Cosme Argerich", " Carlos Durand", "Juan A. Fernández", Hospital General de Agudos "Donación Santojanni" y el Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá";

Por ello, en uso de las facultades que le son propias,

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE

Artículo 1.- Establécese la Regionalización de la Atención Neonatológica en los Hospitales Públicos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de los partos con gesta probable menor a 32 semanas (o evidencia ecográfica del peso del feto menor a 1500g) y/o a los recién nacidos y nacimientos de niños menores de 1500 gramos.

Artículo 2.- Designase como Hospitales Referentes de la Regionalización de la Atención Neonatológica en los Hospitales Públicos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los Hospitales Generales de Agudos "Cosme Argerich", " Carlos Durand", "Juan A. Fernández", Hospital General de Agudos "Donación Santojanni" y el Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá".

Artículo 3.- Apruébase el procedimiento de derivación de partos con gesta probable menor a 32 semanas (o evidencia ecográfica del peso del feto menor a 1500g) y/o a los recién nacidos y nacimientos de niños menores de 1500 gramos, que como Anexo I forma parte integrante de la presente.

Artículo 4.- Regístrese, publíquese en el Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires y, para su conocimientos, demás fines y notificación pertinente, pase a la Subsecretaría de Atención Integrada de Salud, a las Direcciones Generales Región Sanitaria I, II, III y IV, las que notificarán de la presente a los Hospitales que le dependen, a las Direcciones Generales Sistema de Atención Médica de Emergencias y Redes y Programas de Salud, y Subsecretarías de Planificación Sanitaria y de Administración del Sistema de Salud. Cumplido, archívese.

Lemus

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Jefe de Gobierno

Ing. Mauricio Macri

Vicejefa de Gobierno

Lic. María Eugenia Vidal

Ministra de Salud

Dra. Graciela Mabel Reybaud

Subsecretario de Planificación Sanitaria

Prof. Dr. Néstor Pérez Baliño

Directora General de Docencia e Investigación

Prof. Dra. Kumiko Eiguchi

Jefe de Gabinete de la Dirección General de Docencia e Investigación

A/c Dr. Horacio P. Yulitta

Dirección de Capacitación y Docencia A/C

Dra. Noemí Alicia Rivas

Coordinador de las Coordinaciones Generales de Residencias

A/c Dr. Horacio P. Yulitta

Asesora Pedagógica:

Lic. María Elena Bolonese

Coordinadores Generales de la residencia:

Dr. Horacio P. Yulitta

Dra. Florencia Pol

Dra. María Paz Molina

Instructores de Residentes:

Dra. Julieta Fernández Casal

Dra. Rosario Williams

Dr. Gonzalo Fernández

Autores del Programa:

Dr. Jorge Tavonaska (Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández)

Dra. Alicia Serjan (Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández)

Dr. Gustavo Goldsmit (Hospital de Pediatría S.A.M.I.C "Prof. Dr. Juan P. Garrahan)

Dra. Diana Fariña (Hospital de Pediatría S.A.M.I.C "Prof. Dr. Juan P. Garrahan)

Dr. Ricardo Nieto (Hospital Materno Infantil Ramón Sardá)

Dr. Claudio Solana (Hospital Materno Infantil Ramón Sardá)

Dr. Guillermo Villani (Hospital General de Agudos José A. Penna)

Dr. Isaac Grois (Hospital General de Agudos José A. Penna)

Dra. Marcela Celotto (Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich)

Dra. Graciela Satragno (SAP-CEFEN)

Este programa ha sido aprobado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires mediante Resolución N° 689/MSGC/15 el 6 de mayo de 2015.