



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
2016 "Año del Bicentenario de la Declaración de Independencia de la República Argentina"
MINISTERIO DE SALUD

PROGRAMA DOCENTE DE LA
RESIDENCIA POSBÁSICA DE TERAPIA INTENSIVA INFANTIL

ANEXO I

AÑO 2016

RESOL-2016-1387-MSGC

ÍNDICE

1. *INTRODUCCIÓN*
2. *FUNDAMENTACIÓN*
3. *CONSIDERACIONES GENERALES*
4. *DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA*
5. *PROPÓSITOS GENERALES*
6. *PERFIL DEL MÉDICO INTENSIVISTA PEDIATRICO*
7. *ORGANIZACIÓN GENERAL Y CONDICIONES 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. *APENDICE*

1. INTRODUCCIÓN:

El objetivo de la Terapia Intensiva Pediátrica es el monitoreo, soporte y restitución de los sistemas y funciones orgánicas en pacientes pediátricos gravemente enfermos. Esta especialidad ha experimentado avances asistenciales y tecnológicos, constituyéndose en una especialidad de la Pediatría necesaria y de complejidad creciente.

Sus orígenes generales comienzan en la década de 1950 en EE.UU. y Europa, donde se crean las primeras unidades de cuidados intensivos de adultos. Entre 1955 y 1971 surgen unidades de Cirugía Pediátrica, Cirugía Cardiovascular Infantil y las primeras unidades de Terapia Intensiva Pediátrica. Conjuntamente con los primeros planes de entrenamiento, se evidencia un impacto favorable sobre la morbimortalidad infantil, especialmente la relacionada con cardiorespiratorio y renal.

En las décadas de 1970 y 1980 se produce la expansión de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Comienza una verdadera revolución y avance tecnológico en el área de la ventilación mecánica, creándose planes de entrenamiento para tal fin. En 1984, la Academia Americana de Pediatría crea la sección de Terapia Intensiva Pediátrica.

En Argentina, la especialidad comienza a partir de la transformación progresiva del Centro de Asistencia Respiratoria Mecánica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG), durante la epidemia de poliomielitis en los años 1954-1955. En el año 1968 se ventila mecánicamente por primera vez en el país, creándose cinco años más tarde, la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

En 1987 comienzan las actividades en la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Nacional de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" y en 1989 inicia, en forma regular, la primera beca postbásica de formación en Terapia Intensiva Pediátrica.

En 1997 comienza la certificación de médico pediatra especialista en Terapia Intensiva Infantil otorgada por la Sociedad Argentina de Pediatría, luego por la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva y posteriormente por la Academia Nacional de Medicina. Ese mismo año, se aprueba la carrera de especialista en Terapia Intensiva Pediátrica dependiente de la Facultad de Medicina (Resolución del Consejo Superior de la UBA N° 6271/ 97).

Desde el año 2000, se inician programas de residencia en Terapia Intensiva Pediátrica en distintas unidades públicas dependientes del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud de la Nación, de provincia y universidades provinciales.

La residencia de Terapia Intensiva Pediátrica del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCBA) es una residencia postbásica pediátrica que requiere residencia completa de pediatría para su ingreso y tiene una duración de dos años.

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 asistencial y docente de las unidades de Terapia Intensiva Pediátrica, bajo supervisión permanente y responsabilidad progresiva en la toma de decisiones.

Actualmente la misma se desempeña en tres sedes dependientes del Ministerio de Salud del GCBA (Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez, Hospital General de Niños Pedro de Elizalde y Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"), formando un número variable de residentes determinado anualmente a través del llamado a concurso.

2. FUNDAMENTACIÓN

En los últimos años, la evolución médica y tecnológica permitió un incremento del número de pacientes que sufren enfermedades potencialmente reversibles, disminuyendo la morbimortalidad de esta población. Sin embargo, el número de pediatras intensivistas formados necesarios para atender a estos pacientes no acompañó a esta exigencia.

Se entiende por paciente pediátrico crítico al niño desde el mes de vida hasta la adolescencia, que cursa enfermedades potencialmente reversibles y que ponen en peligro su vida, como así también a aquel paciente crónico reagudizado con necesidad de soporte vital.

Todo este conjunto de avances en el cuidado crítico, impuso la necesidad de promover y fomentar la capacitación adecuada de especialistas en esta área, para asegurar a la población infantil mejores formas de tratamiento y protección de su salud.

Los avances teóricos en el ámbito de la Medicina Crítica Pediátrica, sumados a la complejización de la práctica hacen imprescindible la implementación de un Programa de Residencia de Médicos Especialistas en Terapia Intensiva Pediátrica, que contemple una propuesta de integración entre la docencia, la asistencia y la investigación.

El objetivo general de la Residencia en Terapia Intensiva Pediátrica es formar recursos humanos médicos especialistas en el área de Medicina Crítica Pediátrica.

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

3.1 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 Autónoma de Buenos Aires y se desarrollan con la activa participación de todos sus integrantes en la programación, ejecución y evaluación de las mismas (Ordenanza 40997/86).

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

La Residencia es un sistema de formación en servicio que debe ser planificado, conducido y supervisado teniendo en cuenta que:

- 1- El programa debe dar respuesta a las necesidades que en materia de formación de Recursos Humanos se hayan identificado.
- 2- De ninguna manera puede ser una estrategia para cubrir deficiencias o carencias actuales de personal del servicio.
- 3- Es un sistema de aprendizaje sistemático y supervisado. No se trata de una enseñanza y aprendizaje incidental y/o autogestionado.
- 4- Se necesita personal que cumpla la función docente. La residencia no debe ser "autosuficiente".
- 5- La supervisión de la capacitación requiere profesionales con experiencia, dispuestos y entrenados para orientar y acompañar al residente.
- 6- Debe promoverse una práctica profesional basada en la mejor evidencia.
- 7- Debe estimularse y /o fortalecerse el trabajo interdisciplinario en salud y promoverse la formación del equipo de salud.
- 8- Debe jerarquizarse la atención integral de las personas.

3.2 El programa por especialidad:

El programa pauta las competencias que deberá adquirir 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 la 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:

1- Dinámica y estructura de la población.

Según datos del último censo realizado en el año 2010, la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires era de 2.850.191. Las estimaciones para el año 2012, calcularon una población de 3.072.426. Según esta última, los menores de 20 años correspondieron al 25% de la población total de la ciudad.

Nacimientos: En el año 2012 se registraron en la CABA 81.528 nacimientos, de los cuales 42.756 (52,4%) correspondieron a residentes de la ciudad, 37.431 (45,9%) a residentes fuera de la ciudad y 1.341 (1,6%) de residencia desconocida. La tasa bruta de natalidad se mantuvo entre 14 y 15 nacidos cada 1.000 habitantes entre el 2000 y el 2012 (tabla 1).

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

Tabla 1. Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab. Residentes de la CABA.
Años 2000, 2005, 2007-2012.

Año	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Tasa bruta de natalidad	14,3	14,5	14,1	15,1	14,6	14,9	14,8	13,9

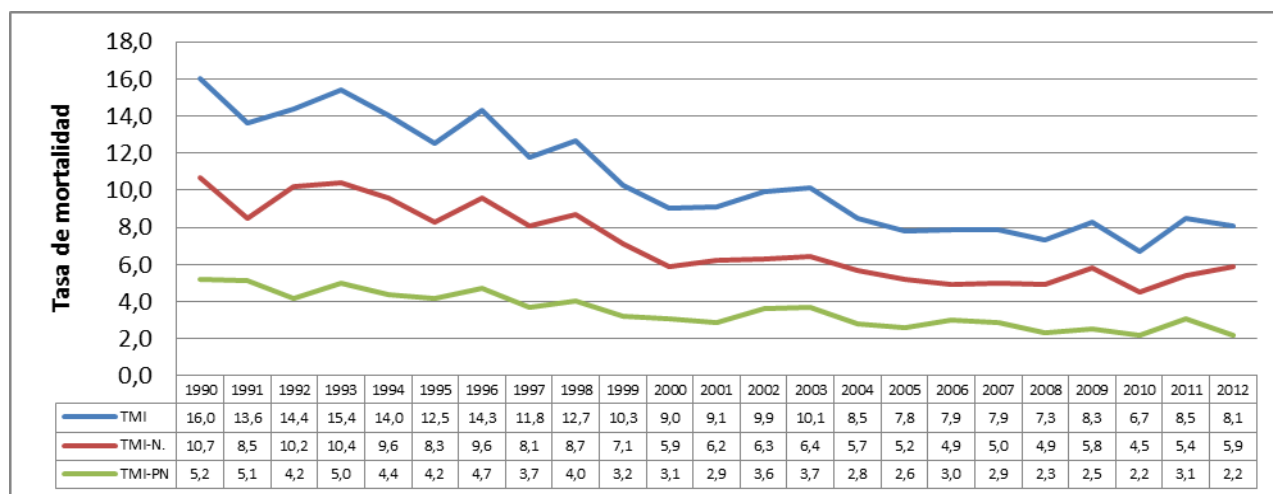
Fuente: elaboración propia en base a datos de Dirección General de Estadísticas y Censos. GCABA.

2- Mortalidad.

La tasa de mortalidad general para la CABA en el año 2012 fue de 9,5 por mil habitantes. Para las edades pediátricas, distinguimos entre la mortalidad infantil y la mortalidad en edades de 1 a 19 años.

Mortalidad infantil. En el año 2012 la tasa de mortalidad infantil (TMI) para la CABA fue de 8,1 fallecidos por cada mil nacidos vivos. La tasa de mortalidad neonatal fue de 5,9 y representó el 73% del total de la mortalidad infantil. La tasa de mortalidad postneonatal fue de 2,2 fallecidos por cada mil nacidos vivos. Al analizar los últimos 22 años, la tendencia de la mortalidad infantil y de sus componentes neonatal y postneonatal fue en descenso (gráfico 1).

Gráfico 1. Tasa de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal por 1.000 nacidos vivos.
Residentes de la CABA. Serie histórica años 1990-2012.



Fuente: elaboración propia en base a datos de Dirección General de Estadísticas y Censos. GCABA.

Al evaluar la causa de muerte según grandes capítulos de la Clasificación Internacional de las Enfermedades 10° edición (CIE-10) encontramos que las causas más frecuentes fueron las afecciones en el periodo perinatal (51,6%). Le siguen en orden de frecuencia, las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas con el 30,3% de las causas.

Mortalidad en grupos de 1 a 19 años. La tasa de mortalidad en el grupo de 1 a 19 años fue de 26 fallecidos cada 100.000 habitantes del mismo rango de edad. Al analizar por quinquenios de edad (con excepción del grupo 1 a 4 años) se observó que la mayor tasa de mortalidad específica correspondió al grupo de adolescentes de 15 a 19 años con 40 por 100.000; y la menor tasa al grupo de 5 a 9 con 15 por 100.000.

Al evaluar la causa de muerte según grandes capítulos de la CIE-10 encontramos que las causas más frecuentes varían según el grupo específico de edad

En el grupo de 1 a 4 años, las causas más frecuentes de mortalidad fueron las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas con el 29,6% de los casos; y en segundo lugar las causas extremas con el 24%.

Para el grupo de 5 a 9, las causas más frecuentes fueron las enfermedades del sistema nervioso (32,3%), seguidas de las neoplasias (22,6%).

En el grupo de 10 a 14, las neoplasias fueron la causa más frecuente con el 31,4% de los casos y en segundo lugar las causas extremas con el 28,6%.

Finalmente, entre los adolescentes de 15 a 19 años, encontramos en primer lugar a las causas extremas con el 47,2% de los casos y en segundo lugar las neoplasias con el 13,9%.

La población beneficiaria abarca la población entre 1 mes y 18 años de edad que requiere sostén vital avanzado por padecer una patología que pone en peligro la vida.

Según las Normas de Funcionamiento y Regulación de las Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica establecidas por las Sociedades Científicas, el porcentaje de camas de Terapia Intensiva recomendado debe ser de un 10 % del total de plazas generales de internación pediátrica.

Actualmente hay 989 camas de UCIP en todo el país, de ellas 579 (58,54%) son del sector público, donde hay una relación de 5,77 camas de pediatría por cada cama de terapia.

El 17,8 % de la población en CABA, incluyendo la población pediátrica, depende exclusivamente del sistema público de salud. En el sector público el 51% son UCIP grandes (8 camas o más) y el 49% UCIP pequeñas (menos de 8 camas).

La adecuación del número de camas a la población infantil es una consecuencia de los importantes cambios demográficos acaecidos en nuestro país, que han hecho que en un plazo de tiempo extremadamente breve y producto de la complejidad de la atención médica, se necesite cada vez mayor número de plazas de Terapia Intensiva Pediátrica.

Existen varios factores a tener en cuenta a la hora de estimar la necesidad de camas de Terapia Intensiva Pediátrica, con relación a la población infantil, que pueden influir en una mayor demanda:

- Un aumento real de las posibilidades terapéuticas de patologías hasta ahora insolubles, junto con el desarrollo de medidas de soporte que condicionan mantener la asistencia intensiva durante periodos más prolongados.
- Una mayor concienciación de los profesionales de la salud y un mayor conocimiento de la estructura sanitaria, que se traduce en un aumento de la derivación de pacientes críticos con patologías para las que hoy existen alternativas de tratamiento en centros de referencia.
- Una mejora en la asistencia obstétrica y neonatal, con una consiguiente disminución de la mortalidad perinatal, incrementa también la sobrevivencia de niños con enfermedades crónicas y secuelas potencialmente inestables.

El tratamiento del niño crítico se verá favorecido, tanto por la organización institucional de las unidades de Terapia Intensiva Pediátrica, como por la mejoría del transporte interhospitalario de pacientes críticos pediátricos.

Es de remarcar que la tasa de uso de Ventilación Mecánica, como herramienta terapéutica en la unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, es muy alta (oscila entre el 78 y 100 % de los pacientes ingresados). El porcentaje de ocupación de camas se mantiene entre el 80-85 % a lo largo de todo el año, llegando al 100 % en las épocas de mayor demanda.

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.
- Fomentar la atención segura centrada en el paciente y su familia.
- Estimular el desarrollo de la investigación y la producción científica.
- Establecer un encuadre general que oriente la formación para que los residentes adquieran las competencias necesarias para llevar a cabo su tarea como médicos especialistas en Terapia Intensiva Pediátrica.

5.1 Competencia General

El médico especialista en Terapia Infantil está capacitado para atender al paciente pediátrico, desde el mes de vida hasta la adolescencia, que cursa enfermedades potencialmente reversibles y que ponen en peligro su vida, así como al paciente pediátrico crónico reagudizado con necesidad de soporte vital, jerarquizando la seguridad del paciente y manteniendo a los potenciales donantes. Será capaz de gestionar su área de trabajo y de desarrollar procesos de investigación y educación permanente.

5.2 Áreas de competencia

Las Áreas de Competencia del médico especialista en cuidados intensivos infantiles se han definido por actividades profesionales que se agrupan según momentos de atención en la Unidad de terapia Intensiva y tipos de desempeño en la especialidad:

1. Evaluar a un paciente pediátrico crítico y proceder a las intervenciones diagnósticas, de monitoreo y terapéuticas necesarias para el soporte vital, propiciando la rehabilitación para su reinserción familiar y social con el menor grado de secuelas posible.
2. Identificar al potencial donante para ablación de órganos y tejidos, diagnosticar muerte bajo criterios neurológicos (muerte encefálica) y mantener al potencial donante.
3. Evaluar situaciones de futilidad terapéutica y muerte digna, conociendo y aplicando principios, reglas y valores bioéticos.
4. Gestionar su proceso de trabajo.
5. Participar en actividades científico-académicas, docentes y de investigación para complementar su formación y contribuir a la producción y difusión de nuevos conocimientos.

6. PERFIL DEL EGRESADO DE LA RESIDENCIA POSBÁSICA EN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA

Al finalizar el período de formación de 2 años, el residente de Terapia Intensiva Pediátrica será capaz de:

- Desempeñar su tarea de modo resolutivo y práctico con fundamentos teórico-científicos, basados en la evidencia médica actual.
- Evaluar a un paciente crítico y proceder a las intervenciones diagnósticas y terapéuticas necesarias para el apoyo de los órganos vitales.
- Diagnosticar, manejar, monitorear e intervenir en la asistencia del paciente con riesgo y en la fase de recuperación del paciente crítico.
- Realizar la actualización y el abordaje del paciente crítico cubriendo los aspectos inherentes a la historia de la condición del niño.
- Privilegiar un pensamiento crítico ante la atención e integración de los nuevos conceptos teóricos y tecnológicos.
- Poseer autonomía intelectual para resolver los problemas que se presenten en la Unidad.
- Conocer la utilización de recursos y la organización del trabajo de la Unidad.
- Integrar y eventualmente coordinar el Equipo de Salud del área de Terapia Intensiva.
- Actuar como consultor para diagnosticar patología potencialmente grave.
- Conocer y utilizar la tecnología de la Unidad de Terapia Intensiva.
- Identificar al potencial donante para ablación de órganos y tejidos, diagnosticar muerte encefálica y mantener al potencial donante.
- Conocer y aplicar principios, reglas y valores bioéticos, con especial conocimiento de situaciones de futilidad, calidad de vida, muerte digna y decisiones subrogantes.
- Adoptar una actitud pluralista y democrática, respetuosa de las diferencias en cuestiones bioéticas.
- Establecer una adecuada relación médico-paciente, entendiendo que ésta abarca tanto a enfermos con capacidad intacta para comprender y expresarse como aquellos que por algún motivo no pueden hacerlo.
- Entablar una adecuada relación médico-familiar, imprescindible a la hora de la comunicación diaria del estado de los pacientes.
- Utilizar herramientas que permitan la búsqueda de la mejor información médica disponible, teniendo en cuenta el desarrollo de la medicina basada en evidencias, y la selección crítica de dicha información.
- Conocer fundamentos básicos en metodología de la investigación que permitan desarrollar investigaciones científicas.

- Mantener una actitud de aprendizaje y enseñanza permanentes.
- Realizar las prácticas elementales en la gestión y dirección médica en unidades de cuidados críticos.

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

La Residencia Posbásica de Terapia Intensiva Pediátrica, 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.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, según Resolución 2015-214-MSGC, 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.

7.1 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

La Residencia de Terapia Intensiva Infantil es una residencia postbásica con una duración prevista de 2 (dos) años a la que se accede con el Título de grado y acreditando como mínimo 3 años de residencia en pediatría aprobada.

B) Documentación necesaria:

Para Residencias Postbásicas:

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 para CABA.

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.

7.2 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.

7.3 Docencia y supervision

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 General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional.
- Propiciar la articulación entre la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional, 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 General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional 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

Jefatura de residentes:

Según la ordenanza 40.997, el Jefe de Residentes será un Profesional contratado anualmente, que haya completado la Residencia en la especialidad.

Son sus funciones:

- Organizar la actividad asistencial y docente de los Residentes según el Programa.
- Organizar las rotaciones que realizarán los residentes en los distintos años de formación.
- Supervisar las actividades que desarrollan los residentes en todos los ámbitos donde éstos desarrollen su actividad.
- Actuar de acuerdo con Instructores de residentes, Coordinadores de Programa 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 fija el Programa respectivo, incluyendo consultorios externos, salas de internación y servicios de urgencias.
- Evaluar el desempeño de cada uno de los residentes.
- Mantener una comunicación fluida con los jefes de residentes de otras sedes y con la Coordinación General y/o local de la Residencia.
- Informar a la Coordinación General y/o local de la Residencia en caso de evaluación negativa de algún residente a su cargo.

Instructor de residentes:

Según la ordenanza 40.997 el Instructor de residentes será un profesional con antecedentes acreditados en la especialidad y profesión. Se lo contratará anualmente pudiendo ser renovable. Cuando no haya postulantes para ser designados Jefes de Residentes, el instructor cumplirá las mismas funciones que éste.

7.4 Sedes

El Programa de la Residencia debe estar inserto en un establecimiento asistencial habilitado por la autoridad competente dando cumplimiento a las exigencias determinadas en las normativas de Habilitación Categorizante según la legislación vigente en cada jurisdicción y en los tiempos que la autoridad jurisdiccional establezca.

Las unidades de cuidados intensivos pediátricos deben cumplir con las normas de categorización de Nivel 1 o 2 del Ministerio de Salud de la Nación de la Resolución 747 publicada en el Boletín Oficial del día 29 de mayo de 2014.

En vista de que las características prestacionales de los centros se traducen en oportunidades de formación para los residentes, se establecen parámetros que garanticen una formación sólida y completa. Los centros que no ofrezcan la oportunidad de realizar la práctica mínima

indispensable para la formación en la especialidad deberán establecer convenios con otras instituciones para cumplimentar los requisitos exigidos siempre respetando una estructura básica.

La oferta formativa debe contemplar, por lo menos:

- Marco institucional que garantice el cumplimiento del programa: área de gestión de docencia e investigación, equipo de la especialidad, recursos humanos y técnico-financieros, comités de bioética y de control de infecciones.
- Un director de programa con certificación en la especialidad y preferentemente con formación docente formal y un equipo de terapia intensiva infantil de planta con horario que permita garantizar la supervisión, preferentemente todos ellos certificados y con antecedentes docentes. Este concepto debe incluir a los médicos de guardia que supervisan a los residentes, a los Médicos de planta de la especialidad, comprometidos con la formación y a los responsables docentes de la formación de los residentes en la especialidad.
- Instituciones que instrumenten todas las medidas necesarias para que la actividad se pueda realizar en condiciones que aseguren la integridad y salud psicofísica del residente en la atención de pacientes pediátricos críticos, que incluyen prevención de daño en salud ambiental, seguridad e higiene y prevención de violencia en el ámbito laboral.
 - Base de datos y registro de procedimientos.
 - Acceso a interconsultas con los servicios de especialidades básicas, de laboratorio y de diagnóstico por imágenes.
 - Equipo de salud acorde a la categorización de la unidad.

Los centros sede de la residencia tendrán que:

- Poseer espacio físico para la realización de clases y ateneos, así como una biblioteca equipada con material científico actualizado con acceso a Internet, bibliografía de la especialidad y/o base de datos sin costo para el residente y un aula que permita la realización de diversas dinámicas de grupo, con recursos didácticos que favorezcan la realización de enseñanza basada en simulación.
- Realizar Ateneos interdisciplinarios, discusión de casos clínicos y clases.

El establecimiento debe tener espacio físico en condiciones dignas, adecuado para el funcionamiento de la residencia: lugares para estudio, comida, descanso y sanitarios con condiciones de alojamiento para el residente durante el horario de trabajo.

El diagrama de rotaciones aplicado debe ser coherente con la adquisición de competencias en las patologías prevalentes del ámbito de la terapia intensiva infantil. Se adecuará a los objetivos programáticos en lapsos prácticos que permitan su concreción. Los ámbitos de rotación deberán:

- Ser una Institución de Salud reconocida por su capacidad de formación y compromiso. Dichas instituciones podrán ser públicas o privadas; nacionales o extranjeras.
- Cumplir con los objetivos específicos del programa general de la residencia.
- Contar con profesionales docentes de la especialidad en la que rota.
- Los profesionales referentes deberán realizar supervisión y evaluación de los residentes rotantes de acuerdo a instrumentos específicos.

La sectorización de la Unidad y/o la formación de equipos facilitarán la planificación de un diagrama de rotaciones adecuado, con contenidos y tiempos de aprendizaje procedentes.

Las rotaciones no están definidas por servicio, sino por áreas de intervención.

Las rotaciones obligatorias tendrán una duración necesaria para adquirir las competencias y deberán ser supervisadas y evaluadas a su finalización. Si se realizan fuera de la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, la duración deberá ser entre 2 y 3 meses.

Rotación Electiva: Son rotaciones de opción libre para cada residente, pero las mismas deben encontrarse dentro de un marco preestablecido y deben completar la formación en la especialidad que está realizando, tanto para profundizar aspectos médicos como para conocer el funcionamiento de otros servicios.

La evaluación del desempeño de los residentes durante las rotaciones debe ser similar a la realizada periódicamente en el servicio de base. Debe acompañarse de una devolución efectiva o feedback.

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 dónde 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 Terapia Intensiva Pediátrica y una rotación electiva a la que se puede optar en el 2º año.

- **Primer año:** el residente desarrollará su actividad en el servicio de Terapia Intensiva Pediátrica; abarca pacientes de las áreas: Clínica Pediátrica general, Cuidados Intensivos Respiratorios, Trauma, Neurointensivismo, post-quirúrgicos complejos de Cirugía Pediátrica general, serán obligatorios tres meses de rotación por la unidad de cuidados posoperatorios cardiovasculares infantiles

- **Segundo año:** destinado a la consolidación del conocimiento adquirido, la adquisición de nociones de coordinación de grupo y de gestión de unidad. El residente desarrollará su actividad en el servicio de Terapia Intensiva Pediátrica para cumplir con estos objetivos, y de acuerdo a las características de la unidad se programarán las rotaciones que completen la formación del residente. Tendrán una rotación de 3 meses optativa, en las cuales profundiza un área de su interés dentro de su formación en terapia intensiva. Deberán ser elegidas de acuerdo a los lineamientos del programa y con la aprobación del jefe de residentes, y coordinador general y/o local del programa.

Opcionales:

- Quemados
- Inmuno suprimidos y Transplante
- Diagnóstico por imágenes

En cada ámbito de formación se asegurará la guía tutorial por profesionales altamente calificados, para fortalecer la integración de la residencia al Servicio.

9.1. 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 del Médico especializado en Terapia Intensiva Pediátrica.

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 intensivista 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 intensivista 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 UTIP.
- Clases, talleres con estudio de casos y grupos de discusión organizados por el servicio.
- Curso de RCP PEDIATRICO obligatorio para Residentes de 1^o año
- Curso de Metodología de la Investigación para Residentes de 1^o 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. El residente de primer año deberá ser capaz de redactar un reporte de caso, con el asesoramiento de un tutor destinado para tal fin. El residente de segundo año deberá redactar un trabajo descriptivo, con el asesoramiento de un tutor destinado para tal fin.

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.

10.- OBJETIVOS POR ÁREAS DE CONTENIDO:

MÓDULO I: ÉTICA, FAMILIA Y RECURSOS

El residente será capaz de poseer la información, las habilidades y destrezas necesarias para realizar las medidas de prevención, detectar los signos clínicos, reconocer los mecanismos fisiopatológicos, instrumentar las medidas apropiadas, fundamentar el tratamiento y realizarlo en pacientes con muerte cerebral y síndrome del niño golpeado. Será capaz de proveer sostén emocional, ayuda y consuelo a la familia de un paciente grave o muriente. Será capaz de comunicar a los familiares del paciente y/o al paciente, en forma clara y comprensible, las medidas diagnósticas y terapéuticas a realizar así como las posibles consecuencias de las mismas.

MÓDULO II: REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA Y AVANZADA.

Reconocer al niño en riesgo de PCR (Paro cardiorrespiratorio). Brindar la información y las estrategias para prevenir el PCR. Adquirir las habilidades y actitudes diagnósticas y terapéuticas para resucitar y estabilizar un niño en insuficiencia respiratoria, shock y/o PCR.

MÓDULO III: FISIOLÓGÍA RESPIRATORIA, PATOLOGÍA Y TRATAMIENTO.

I.- El residente será capaz de reconocer las indicaciones, contraindicaciones, complicaciones y fracasos de los procedimientos diagnósticos, de monitoreo o terapéuticos, vinculados al manejo de la vía aérea.

II.- El residente será capaz de realizar las medidas de prevención, detectar los signos clínicos, reconocer los mecanismos fisiopatológicos, instrumentar las medidas apropiadas según las

Normas del Servicio y fundamentar el tratamiento y realizarlo en pacientes con Insuficiencia respiratoria agudos y crónicos, insuficiencia ventilatoria y claudicación respiratoria inminente.

MÓDULO IV: EFECTOS METABÓLICOS Y ENDOCRINOS DE LAS ENFERMEDADES CRÍTICAS.

I.- El residente será capaz de reconocer las indicaciones, contraindicaciones, complicaciones y fracasos de los procedimientos diagnósticos, de monitoreo o terapéuticos, vinculados al manejo de la alimentación enteral y parenteral.

II.- El residente deberá poseer la información, las habilidades y destrezas necesarias para realizar las medidas de prevención, detectar los signos clínicos, reconocer los mecanismos fisiopatológicos, instrumentar las medidas apropiadas, fundamentar el tratamiento y realizarlo en pacientes con desnutrición grave y soporte nutricional, metabolopatías, diabetes, tumores endocrinos y síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética y trastornos hidroelectrolíticos

MÓDULO V: FISIOLÓGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, PATOLOGÍA, FISIOPATOLOGÍA Y TRATAMIENTO.

I.- El residente será capaz de reconocer las indicaciones, contraindicaciones, complicaciones y fracasos de los procedimientos diagnósticos, de monitoreo o terapéuticos, vinculados al manejo de la patología del sistema nervioso central.

II.- El residente deberá poseer la información, las habilidades y destrezas necesarias para realizar las medidas de prevención, detectar los signos clínicos, reconocer los mecanismos fisiopatológicos, instrumentar las medidas apropiadas, fundamentar el tratamiento y realizarlo en pacientes con hipertensión endocraneana, convulsiones, coma y trastornos crónicos de conciencia.

MÓDULO VI: ALTERACIONES HEMATOONCOLÓGICAS.

I.- El residente será capaz de reconocer las indicaciones, contraindicaciones, complicaciones y fracasos de los procedimientos diagnósticos, de monitoreo o terapéuticos, vinculados al manejo de la patología hematooncológica.

II.- El residente será capaz de realizar las medidas de prevención, detectar los signos clínicos, reconocer los mecanismos fisiopatológicos, instrumentar las medidas apropiadas, fundamentar el tratamiento y realizarlo en pacientes con trastornos de la coagulación, inmunosupresión, crisis hemolíticas y reacciones transfusionales.

MÓDULO VII: FISIOLÓGÍA RENAL, PATOLOGÍA, FISIOPATOLOGÍA Y TRATAMIENTO.

I.- El residente será capaz de reconocer las indicaciones, contraindicaciones, complicaciones y fracasos de los procedimientos diagnósticos, de monitoreo o terapéuticos, vinculados al manejo de la patología nefrológica.

II.- El residente será capaz de realizar las medidas de prevención, detectar los signos clínicos, reconocer los mecanismos fisiopatológicos, instrumentar las medidas apropiadas, fundamentar el tratamiento y realizarlo en pacientes con insuficiencia renal aguda y desequilibrios del medio interno.

MÓDULO VIII: INMUNOLOGÍA Y TRANSPLANTE.

El residente será capaz de realizar las medidas de prevención, detectar los signos clínicos, reconocer los mecanismos fisiopatológicos, instrumentar las medidas apropiadas, fundamentar el tratamiento y realizarlo en donadores de órganos y receptores de trasplante hepático.

MÓDULO IX: INVESTIGACIÓN.

I.- Deberá ser capaz de revisar críticamente la información bibliográfica sobre temas de la especialidad y diseñar, realizar y concluir un trabajo de investigación clínica y/o monografía durante la cursada.

II.- Será capaz de coordinar actividades docentes del servicio.

MÓDULO X: TRAUMATISMO Y QUEMADURA

I.-El residente será capaz de reconocer las indicaciones, contraindicaciones, complicaciones y fracasos de los procedimientos diagnósticos, de monitoreo o terapéuticos, vinculados al manejo del paciente con politraumatismo grave, quemados o con sospecha de maltrato.

II.- El residente será capaz de detectar los signos clínicos, reconocer los mecanismos fisiopatológicos, instrumentar las medidas apropiadas, fundamentar el tratamiento y realizarlo en pacientes con politraumatismo grave, quemados o con sospecha de maltrato.

MÓDULO XI: TRASTORNOS GASTRO- INTESTINALES Y GENITOURINARIOS AGUDOS

I.- El residente será capaz de reconocer las indicaciones, contraindicaciones, complicaciones y fracasos de los procedimientos diagnósticos, de monitoreo o terapéuticos, vinculados al manejo de los trastornos gastrointestinales y genitourinarios agudos.

II.-El residente será capaz de realizar las medidas de prevención, detectar los signos clínicos, reconocer los mecanismos fisiopatológicos, instrumentar las medidas apropiadas, fundamentar el tratamiento y realizarlo en pacientes con hemorragia digestiva, insuficiencia hepática, infección, obstrucción y/o perforación gastrointestinal con o urinaria.

MODULO XII: ANESTESIA Y ANALGESIA

El residente será capaz de realizar las medidas de prevención, detectar los signos clínicos, reconocer los mecanismos fisiopatológicos, instrumentar las medidas apropiadas, fundamentar el tratamiento y realizarlo en pacientes con dolor, stress, síndromes de abstinencia o requerimientos de sedación prolongada.

MÓDULO XIII: TRANSPORTE

El residente será capaz de seleccionar y realizar un traslado adecuado, intra e interhospitalario, de los pacientes actual o potencialmente críticos.

MÓDULO XVI: FISIOPATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

El residente será capaz de reconocer las indicaciones, contraindicaciones, complicaciones y fracasos de los procedimientos diagnósticos, de monitoreo o terapéuticos, vinculados al manejo de la patología infecciosa.

MÓDULO XVII: FISIOLOGÍA CARDIOVASCULAR, PATOLOGÍA, FISIOPATOLOGÍA Y TRATAMIENTO.

El residente será capaz de reconocer las indicaciones, contraindicaciones, complicaciones y fracasos de los procedimientos diagnósticos, de monitoreo o terapéuticos, vinculados al manejo del paciente con patología cardiovascular crítica

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 mediante feedback 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 multiple choice, casos clínicos u otra modalidad según considere la sede de la residencia.

Exámenes a lo largo del año, con un intervalo MÍNIMO 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:

- **ECEO.** Formativo, se realizará al finalizar 1° y 2° años de la residencia. El comité organizador de la toma del eceo, estará conformado: con un representante de cada una de las sedes formadoras, dicho comité diseñará las estaciones, seleccionará los contenidos a evaluar y se encargará de la logística en forma integrada entre las sedes formadoras.

- Curso de RCP (con Certificación)

- **EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO** (se adjunta instrumento APÉNDICE 2). 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 3) 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:

Trabajo de investigación: 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.

11.4 Aprobacion 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 Monografía y/o trabajo de investigación en el Servicio, de acuerdo a los requisitos establecidos por la normativa vigente.

12. BIBLIOGRAFÍA:

Manual de Emergencias y Cuidados Críticos en Pediatría. Comité Nacional de Terapia Intensiva. Sociedad Argentina de Pediatría 1a edición, Buenos Aires. FUNDASAP 2009

Textbook of Pediatric Intensive Care. Rogers MN. 5 edición.

Pediatric Critical Care. Fuhrman B. 4 edición

Terapia Intensiva. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Editores: Estenssoro, Dubin, Palizas y col. 5 edición. Editorial Panamericana. 2015

Ventilación Mecánica en Pediatría. Manual del curso de Ventilación mecánica en Pediatría. Comité de Neumonología Crítica. Editores: Alejandro Siaba Serrate, Ezequiel Monteverde, Rossana Poterala Editorial Medica Panamericana 2014.

Guías de Terapia Intensiva Pediátrica. Editores: Julio A Farias, PabloNeira, Emilio Koch y Ana Maria Nieva. Editorial Corpus. 2015

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/>

MARCO DE REFERENCIA PARA LA FORMACIÓN EN RESIDENCIAS MÉDICAS ESPECIALIDAD: TERAPIA INTENSIVA INFANTIL

Indicadores de calidad en el paciente crítico, actualización 2011, Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. La versión actualizada de los indicadores de calidad del enfermo crítico de la SEMICYUC 2011 se ha realizado en base al trabajo publicado por la misma Sociedad Científica en 2005, disponible en www.semicyuc.org/sites/default/files/actualizacion_indicadores_calidad_2011.

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>

7- Ley 474 “Ley de igualdad de oportunidades y de trato de mujeres ya varones”

http://www.buenosaires.gob.ar/areas/leg_tecnica/sin/normapop09.php?id=8264&qu=c&ft=0&cp=&rl=1&rf=0&im=&ui=0&printi=1&pelikan=1&sezion=825352&primera=0&mot_toda=&mot_frase=comunas&mot_alguna=

APÉNDICE 1:

CONTENIDOS

-Pacientes con patología respiratoria crítica: Obstrucción de la vía aérea superior; Insuficiencia respiratoria aguda; Distress respiratorio; Patología obstructiva grave; Enfermedad pulmonar crónica reagudizada; Síndrome de hipo ventilación central.

- Ventilación con bolsa y máscara.
- Intubación (oral, nasotraqueal).
- Mantenimiento de la vía aérea
- Indicaciones y cuidado de la traqueostomía y cricotirotomía
- Indicaciones, aplicaciones, técnicas, criterios y efectos fisiológicos de presión positiva al fin de la espiración; respiración a presión positiva intermitente; ventilación mandatoria intermitente; presión positiva continua en la vía aérea; ventilación con presión de soporte.
- Ventilación Mecánica convencional, no invasiva y Alta Frecuencia: Ventiladores: Calibración, armado, puesta en marcha, esterilización. Técnicas de destete.
- Humidificadores, broncodilatadores, nebulizadores. Uso y cuidados.
- Técnicas de aspiración en vía aérea.
- Kinesiología respiratoria pediátrica. Indicación.
- Broncoscopía. Indicaciones.
- Monitoreo respiratorio.
- Pruebas de la función pulmonar.
- Oxigenación con membrana extracorpórea. Indicación.
- Manejo de neumotórax. Sistemas de drenaje
- Diagnóstico del barotrauma.
- Prevención de la polineuropatía del paciente crítico.
- Medición de la presión en el manguito del tubo endotraqueal.
- Aplicación de oxígeno terapia apropiada.

-Pacientes con patología cardiovascular crítica: Cardiopatías congénitas. Arritmias cardíacas y trastornos de la conducción. Miocardiopatías y miocarditis. Efectos hemodinámicos causados por la asistencia respiratoria mecánica y sus relaciones con las distintas cardiopatías. Emergencias hipertensivas. Taponamiento cardíaco y enfermedades pericárdicas. Enfermedad de Kawasaki. Tromboembolismo pulmonar. Valvulopatías. Shock y disfunción multiorgánica. Paro cardiorrespiratorio.

- Obtención de ECG con 12 derivaciones e interpretación del mismo
- Ecocardiografía. Interpretación de resultados.
- Tratamiento inotrópico y vasoactivo
- Cálculos y parámetros hemodinámicos.
- Manejo perioperatorio del paciente quirúrgico cardiovascular
- Catéter en arteria pulmonar: Indicación de colocación. Medición de presiones.
- Manejo de la embolia aérea.
- Marcapasos transitorios: Indicación.
- Desfibrilación y cardioversión.
- Monitoreo de Saturación venosa central.
- Diagnóstico diferencial de shock.
- Resucitación básica y avanzada en Soporte vital y RCP según normas internacionales de resucitación.
- Monitoreo de Presión intraabdominal.
- Pericardiocentesis.
- Determinación del gasto cardíaco por técnica de termodilución.
- Aplicación del monitoreo cardiovascular no invasivo.

-Pacientes con trauma y/o lesiones potencialmente letales: Politraumatizado grave. Traumatismo craneoencefálico. Lesión neurológica aguda. Lesión medular. Traumatismo de tórax contuso, penetrante, neumotórax hipertensivo, hemotórax masivo, neumotórax abierto, tórax inestable y taponamiento cardíaco. Traumatismo de abdomen abierto y cerrado. Síndrome compartimental. Complicaciones tromboembólicas. Traumatismo esquelético de pelvis y extremidades. Síndrome de aplastamiento y grandes quemados. Asfixia por inmersión. Electrocutión. Sistemática de la evaluación y la atención del paciente politraumatizado. Estabilización hemodinámica. Profilaxis antibiótica

- Indicaciones quirúrgicas.
- Indicación e interpretación de: Medición de la presión intracraneana. Doppler Transcraneano. Regulación del flujo sanguíneo cerebral, de la presión intracraneana

y de la presión de perfusión cerebral.

- Saturación yugular de oxígeno, Monitoreo no invasivo de la saturación tisular de oxígeno cerebral.
- Algoritmo terapéutico de la presión intracraneana,
- Escores de injuria tomográfica.
- Eco- Fast
- Inmovilización temporaria de fracturas.
- Lavado peritoneal.

-Pacientes con patología neurocrítica: Estatus convulsivos. Trastornos agudos de la conciencia. Malformaciones congénitas y Tumores del SNC y del cráneo que requieren cirugía. Enfermedades neuromusculares congénitas y adquiridas que requieren asistencia respiratoria mecánica. Hipertensión endocraneana. Accidente Cerebrovascular.

- Técnicas de diagnóstico de patología neurocrítica. Indicaciones e interpretación y conducta terapéutica.
- Punción lumbar.
- Manejo de monitores de presión intracraneana.

-Pacientes con patología hematooncológica: Defectos agudos en la hemostasia: trombocitopenia y coagulación intravascular diseminada. Síndromes agudos asociados a enfermedad oncológica y tratamiento antineoplásico. Enfermedades hemorrágicas. Desórdenes hemolíticos agudos.

- Estudios de coagulación. Solicitud e Interpretación.
- Principios del tratamiento con componentes de la sangre.
- Exanguinotransfusión.
- Terapia trombolítica.
- Manejo de las transfusiones masivas.

-Pacientes con patología nefrológica y del medio interno: Injuria renal (p-RIFLE). Síndrome urémico-hemolítico. Alteraciones de la osmolaridad y electrolitos. Alteraciones del estado ácido-base y su manejo.

- Regulación renal del balance hidroelectrolítico.
- Terapias de reemplazo renal.
- Problemas hidroelectrolíticos. Resolución.

- Drogas en la insuficiencia renal. Dosificación.
- Manejo de diálisis peritoneal.
- Manejo de hemofiltración arteriovenosa y veno-venosa continua.
- Inserción de catéteres de hemodiálisis.

-Pacientes con patología gastroenterológica: Hemorragia digestiva alta y baja; Fallo hepático; Perforaciones agudas del tracto gastrointestinal; Úlcera por stress; Intestino crítico; Manejo perioperatorio del paciente quirúrgico: Malformaciones congénitas; Megacolon tóxico; Pancreatitis.

- Técnicas de diagnóstico de patología gastroenterológica crítica. Indicaciones e interpretación y conducta terapéutica.
- Colocación del balón de Sengstaken Blakemore.
- Inserción de monitores transesofágicos.
- Prevención y manejo de la hemorragia digestiva alta.

-Pacientes con alteraciones metabólicas, endocrinológicas y con sostén nutricional:

Errores congénitos del metabolismo; Cetoacidosis diabética; Alteraciones de la función tiroidea: Tormenta tiroidea, coma mixedematoso; Crisis adrenal; Alteraciones en el metabolismo de la hormona antidiurética; Alteraciones del metabolismo del calcio del fósforo y del magnesio. Requerimientos calórico-proteicos del paciente crítico.

- Colocación de sondas para nutrición enteral y nasoyeyunal.
- Soporte nutricional enteral y parenteral. Indicación, prescripción y monitoreo.
- Monitoreo y manejo de la glucemia. Tratamiento inicial de errores congénitos del metabolismo.
- Mantenimiento de la temperatura de homeostasis.

-Pacientes con infecciones críticas: Infecciones bronco pulmonares; Neumonía aspirativa; Infecciones en el paciente crítico inmunocomprometido; Infecciones asociadas al cuidado del paciente crítico; Infecciones oportunistas en el paciente críticamente enfermo; Tétanos y botulismo; Endocarditis y Pericarditis; Peritonitis: primarias, secundarias y terciarias; Infecciones graves del sistema osteoarticular y partes blandas.

- Prevención y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud. Infecciones asociadas a dispositivos.
- Manejo de infecciones graves en pacientes con inmunosupresión congénita o adquirida.

- Aspirado traqueal, nasofaríngeo y miniBAL.
- Uso racional de antimicrobianos: antibióticos, antivirales, antiparasitarios y antifúngicos teniendo en cuenta la epidemiología local.
- Técnicas de esterilización y cuidados en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Muestreo e interpretación de los análisis microbiológicos de sangre, secreciones respiratorias, orina, líquido cefalorraquídeo, supuraciones, drenajes.
- Interpretación de los niveles de antibióticos y sensibilidad.

-Transporte del paciente crítico: intrahospitalario, interhospitalario y aérea

- Categorización, estabilización del paciente y monitoreo para el traslado del paciente crítico.
- Conformación de equipos de traslados.
- Check list diarios.
- Derivación a centros especializados.
- Articulación de los servicios involucrados para el traslado seguro.
- Registros.

-Descomplejización y reinserción del paciente

- Descomplejización del paciente
- Traqueostomía. Indicación.
- Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) prolongada. Cuidados del paciente.
- Técnicas de destete dificultoso.
- Soporte nutricional.
- Indicación de gastrostomía.
- Cateterismo vesical intermitente. Indicaciones.
- Tratamiento farmacológico adecuado

-Reinserción del paciente

- Evaluación interdisciplinaria.
- Rehabilitación física y cognitiva.
- Movilización precoz del paciente en UTIP.
- Acciones coordinadas e interdisciplinarias en niños con algún grado de discapacidad.
- Internación domiciliaria indicaciones y requerimientos.
- Apoyo y contención familiar.

Abordaje en situación de muerte encefálica

- Criterios de muerte encefálica. Determinación del momento de la muerte.
- LEY 24.193. Ley de Trasplante de Órganos y Tejidos. Texto actualizado por LEY 26.066 y Ley 25281. Situaciones especiales. Requisitos de exclusión e inclusión. Protocolo de diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos.
- Registros.

Abordaje en situación de donación de órganos y tejidos

- Aspectos básicos de trasplantología.
- Legislación vigente sobre trasplante de órganos. Protocolo de diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos.
- Identificación del potencial donante:
- Criterios de selección del potencial donante: antecedentes personales, patológicos, de enfermedad actual, etc.
- Criterios de exclusión: enfermedad oncohematológica, infecciones, otras situaciones a considerar.
- Denuncia al organismo jurisdiccional competente. "Buenos Aires Trasplante" en Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- La cuestión del consentimiento. Requisitos para la ablación. La Ley 26.066. Aproximación a los familiares. Solicitud de autorización de donación de órganos a la familia del potencial donante. Información y consentimiento informado.
- Mantenimiento del potencial donante.
- Protocolo del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implantes (INCUCAI).

-Gestión de la unidad de cuidados intensivos infantiles

- Organización y administración de un servicio de terapia intensiva. Concepto de equipo.
- Capacitación del personal. Recursos humanos, físicos y financieros.
- Principios de organización y administración hospitalaria. Seguridad del paciente
Criterios de ingreso y egreso a la Unidad.
- Confeción de registros. Historia Clínica. Epicrisis. Referencia y contrarreferencia. Otros registros relacionados con el paciente y con la gestión de la Unidad.
- Categorización de servicios. Scores de riesgo de mortalidad: PIM2. De falla multiorgánica: PELOD. Otros scores: ITP, Mortalidad estandarizada y otros.
- Programas de control de calidad. Registro e interpretación de datos. Mortalidad estandarizada.
- Sistemáticas de diagnóstico y tratamiento. Estrategias de realización de consensos.
- Atención segura del paciente.

APENDICE 2

Evaluación de desempeño		Periodo de Evaluación
Datos Personales		
Nombre y Apellido:		Año:.....
Especialidad:		
Evaluación N°:		
Fecha:		

La evaluación actitudinal de los residentes deberá realizarse una vez al año. Se aprueba cada evaluación con el puntaje señalado en la hoja "REGISTRO GENERAL DE LAS INSTANCIAS DE LA EVALUACIÓN GLOBAL" de acuerdo al año de la residencia.

Calificar los siguientes ítems en una escala de 4 a 1 con una cruz.
Si el ítem no corresponde a su desempeño puede contestar: NA (no aplica) y no se computa.

4	3	2	1
Destacado Supera los objetivos del programa de formación.	Muy bueno Alcanza los objetivos del programa de formación.	Suficiente Alcanza con dificultad los objetivos del ítem evaluado.	Insuficiente No logra alcanzar el estándar establecido para el ítem evaluado.

NOTA:

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

Se promueve con valoración Suficiente, Muy bueno, Excelente.

No se promueve con valoración Insuficiente

En el espacio consignado para **CONCLUSIONES GENERALES Y SUGERENCIAS AL RESIDENTE**, 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.

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.

1. Actitud Profesional

Dimensiones	Escala 4 a 1	Observaciones (señalar especialmente necesidad de mejoras)
1. Aprovecha las oportunidades del programa para mejorar su desempeño profesional y aprendizaje		
2. Realiza adecuadamente las tareas que le solicitan sus superiores		
3. Respeta las normas del Servicio, y consecuentemente de la institución		
4. Cumple con los horarios de trabajo, es puntual		

Puntaje obtenido: puntos

2. Criterio Médico

Dimensiones	Escala 4 a 1	Observaciones (señalar especialmente necesidad de mejoras)
1. Realiza exámenes físicos completos y ordenados		
2. Realiza los procedimientos médicos adecuadamente		
3. Maneja información de los pacientes y establece prioridades de acuerdo a ellos		
4. Es oportuno para consultar con sus superiores		
5. Adecuado nivel de decisión		
6. Elabora historias clínicas /informes/ protocolos quirúrgicos completos.		
7. Resguarda la confidencialidad del paciente		

Puntaje obtenido: puntos

3. Relaciones Interpersonales/ Habilidades de Comunicación

Dimensiones	Escala 4 a 1	Observaciones (señalar especialmente necesidad de mejoras)
1. Explica adecuadamente los procedimientos al paciente		
2. Trabaja en forma eficiente como integrante del equipo de salud y fomenta el trabajo en equipo		
3. Escucha y tiene en cuenta las sugerencias de sus colegas o superiores jerárquicos		
4. Colabora con sus pares compartiendo conocimientos		
5. Es respetuoso con el equipo de salud		
6. Es respetuoso con el paciente y sus familiares		
Puntaje obtenido: puntos		

4. Actividades Académicas

Dimensiones	Escala 4 a 1	Observaciones (señalar especialmente necesidad de mejoras)
1. Cumple con los requisitos establecidos para las clases.		
2. Participa activamente en los ateneos del Servicio.		
3. Cumple con los requisitos establecidos para los ateneos del hospital.		
4. Realiza presentaciones relevantes y adecuadas de acuerdo a su nivel de competencia.		
5. Participa en tareas de investigación, incluyendo publicaciones		
6. Demuestra interés en participar en congresos y conferencias de la especialidad.		
Puntaje obtenido: puntos		

5- EVALUACIÓN GLOBAL DEL DESEMPEÑO:

Destacado ()	Muy bueno ()	Suficiente ()	Insuficiente ()
-------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------------

.....

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

CONCLUSIONES GENERALES Y SUGERENCIAS AL RESIDENTE

a) Condiciones personales que merecen destacarse.....

.....
.....
.....

b) Aspectos a mejorar mejorar

.....
.....

c) Opinión y/o consideraciones del residente.....

.....
.....

APENDICE 3

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 DE RESIDENCIA.....

Procedimiento	Realizados	Intentos fallidos	Oportunidades	Asistidos
Manejo no invasivo de la vía aérea: colocación de cánulas nasofaríngeas y orofaríngeas, ventilación con bolsa y máscara				

Manejo invasivo de la vía aérea: colocación de máscaras laríngeas y tubo endotraqueal, realización de secuencia de intubación rápida				
Colocación de tubo de avvenamiento pleural				
Acceso vascular de emergencia: colocación de vía intraosea				
Realización de monitoreo electrocardiográfico				
Maniobras de RCP básica y avanzada				
Pericardiocentesis				
Colocación de acceso vascular central Medición de PVC				
Colocación de catéter arterial -medición de TA invasiva				
Cuidado de traqueostomía: permeabilización, cambio de canula				
Ventilación Mecánica convencional, no invasiva y Alta Frecuencia: Calibración, armado, puesta en marcha de ventiladores				
Técnicas de aspiración en vía aérea				

Monitoreo respiratorio (medición de autopeep, medición de platteau, compliance, etc).				
Manejo de neumotórax: colocación de sistemas de drenaje				
Ecocardiografía: técnica para descartar taponamiento y evaluación de contractilidad				
Catéter en arteria pulmonar: Medición de presiones.				
Desfibrilación y cardioversión: técnica				
Monitoreo de Saturación venosa central				
Monitoreo de Presión intraabdominal				
Medición de la presión intracraneana				
Saturación yugular de oxígeno, monitoreo no invasivo de la saturación tisular de oxígeno cerebral				
Eco- Fast				
Exanguinotransfusión.				
Terapias de reemplazo renal: colocación de cánula de diálisis peritoneal. Diálisis peritoneal. Técnicas de reemplazo renal continuas				
Colocación del balón de Sengtaken Blackmore				
Colocación de sondas para nutrición enteral y nasoyeyunal				

Realización de Aspirado traqueal, nasofaríngeo y miniBAL				
Cateterismo vesical intermitente				

FIRMA DEL EVALUADOR:

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Jefe de Gobierno

Lic. Horacio Rodríguez Larreta

Vicejefe de Gobierno

Cdor. Diego Santilli

Ministra de Salud

Dra. Ana María Bou Pérez

Subsecretaría de Planificación Sanitaria

Dr. Daniel Carlos Ferrante

Directora General de Docencia Investigación y Desarrollo Profesional

Dra Adriana Isabel Alberti

Gerente operativa de Desarrollo Profesional

Dra. Claudia Negri

Gerente operativo de Docencia

Dr. Adrián Gindin

Coordinador General de las Residencias Posbásicas Pediátricas

Dr. Horacio Yulitta y Dra. María Paz Molina

Instructores de Residentes

Dra. Rosario Williams

Dra. Julieta Fernández Casal

Dra. Lorena Esteban

Asesoras pedagógicas

Lic. Patricia Rodríguez

Lic. Alicia Maggiani

Autores

Dr. Horacio Yulitta

Dra. María Paz Molina

Dra. Ana Nievas (Hospital Ricardo Gutiérrez)

Dr. Gustavo Debaisi (Hospital Pedro de Elizalde)

Dr. Luis Landry (Hospital Garrahan)

Dr. Rodolfo Pablo Moreno (Hospital Carlos Giannantonio San Isidro)

Dr. Guillermo Moreno (Hospital Garrahan)

Dra. Gladys Palacios (Hospital Ricardo Gutiérrez)

Dra. Analía Fernández (Hospital Durand)

Dr. Daniel Rufach (Hospital Eva Perón)

Dra. Silvia Santos (Hospital Garrahan)

Dr. Alejandro Siaba Serrate (Hospital Austral)

Dr. Tomás Iolster (Hospital Austral)

Este programa ha sido aprobado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por **Resolución – 2016- 1387- MSGC** el 26 de julio de 2016.