

**RESOLUCIÓN N° 2198/17-C.D.
CORRIENTES, 12 de julio de 2017.**

VISTO:

El Expte. N° 10-2017-01976, por el cual se tramita la aprobación del nuevo Programa de la Residencia Post Básica "Terapia Intensiva Pediátrica" que se lleva a cabo en el Hospital Pediátrico "Juan Pablo II" de esta Ciudad; y

CONSIDERANDO:

La solicitud formulada por la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes, obrante a fs. 01;

Lo que establecen las Cláusulas Cuarta y Quinta del Convenio suscripto oportunamente entre la Universidad Nacional del Nordeste y los Ministerios Provinciales, para la aplicación del "Sistema de Residencias de Salud en el Nordeste Argentino";

Que se hicieron las correcciones sugeridas por la Sub Secretaría de Post Grado y por el Consultor Experto, Prof. Roberto Manuel Jabornisky;

El V° B° de la Sub Secretaría de Post Grado;

El Despacho favorable emitido por la Comisión de Enseñanza;

Que las actuaciones fueron analizadas por el H. Cuerpo en su sesión del día 01-06-17, resolviendo aprobar sin objeciones el Despacho mencionado precedentemente;

**EL H. CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
EN SU SESIÓN DEL DÍA 01-06-17
RESUELVE:**

ARTÍCULO 1°.- Aprobar el nuevo Programa de la **Residencia Post Básica en "Terapia Intensiva Pediátrica"** que se lleva a cabo en el Hospital Pediátrico "Juan Pablo II" de esta Ciudad y que como Anexo corre agregado a la presente.

ARTÍCULO 2°.- Regístrese, comuníquese y archívese.

Prof. Juan José Di Bernardo
Secretario Académico

Prof. Gerardo Omar Larroza
Decano

mih



HOSPITAL PEDIATRICO "JUAN PABLO II"
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos
Av. Artigas N° 1435 - 3400 Corrientes
Tel. (03794) 475300 al 304 / Fax: 475306



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES**

**PROYECTO DE RESIDENCIA EN
TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA**

"HOSPITAL PEDIATRICO JUAN PABLO II"
Av. Artigas 1435- TE: 379475300-CP 3400 Corrientes (Capital)

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

AÑO: 2017



HOSPITAL PEDIATRICO "JUAN PABLO II"
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos
Av. Artigas N° 1435 - 3400 Corrientes
Tel. (03794) 475300 al 304 / Fax: 475306



DATOS:

- **Año de creación:** 1999
- **Autoridades de la Residencia:**

Director de Docencia: Oscar Lotero

Jefe de Servicio: Español, Segundo Fernando

Coordinador Residencia: Rigonatto, Bibiana Josefina

- **Dirección:** Artigas 1435- Corrientes Capital- CP 3400-
- **Teléfono:** 3794 75300 o 3794 784670- mail: brigonatto@hotmail.com o ucip_hjp11@hotmail.com
- **Página web:** hospitaljuanpablo.gob.ar



PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN LA ESPECIALIDAD POS BASICA DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

I.- Perfil Profesional y Fundamentación de las necesidades formativas

II.- Bases Curriculares

III.- Requisitos Mínimos para el Funcionamiento de la Residencia

I. PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO ESPECIALISTA EN TERAPIA INTENSIVA Y FUNDAMENTACION DE LAS NECESIDADES FORMATIVAS

I.1. JUSTIFICACIÓN Y PERFIL PROFESIONAL

La Terapia Intensiva Infantil es una especialidad de la pediatría que se ocupa del diagnóstico y del tratamiento del paciente pediátrico crítico, es decir del niño desde el mes de vida hasta la adolescencia, que cursa enfermedades potencialmente reversibles y que ponen en peligro su vida, como así también del paciente crónico reagudizado con necesidad de soporte vital.

La especialidad se desarrolla en un campo de conocimientos multidisciplinarios, que presenta desafíos particulares en la capacitación: la rapidez de decisión, la necesidad de algoritmos, el reconocimiento de las limitaciones, la jerarquización de la seguridad del paciente en el marco de la cultura de la prevención del error, la interconsulta apropiada, el trabajo en equipo, la relación profesional con el paciente y su familia, la capacidad de discontinuar las medidas terapéuticas y el estrecho contacto con la muerte, son algunas de las realidades emergentes.

La Terapia Intensiva Infantil es una especialidad nueva que combina una visión humanista de la medicina con la alta tecnología y surge por la conjunción de otras dos especialidades: la Pediatría y la Terapia Intensiva de Adultos. De esta última, hereda el desarrollo de técnicas de soporte, monitoreo y restitución de los sistemas y funciones orgánicas en pacientes gravemente enfermos y de la Pediatría, el conocimiento de las enfermedades propias de la infancia y la adolescencia, la atención diferencial que requieren los niños, su contención y el acompañamiento a sus familias.

Los modos y los procedimientos de atención exitosos en las unidades de cuidados intensivos de adultos fueron implementados en la atención de pacientes pediátricos, surgiendo entre 1955 y 1971 las primeras unidades de cirugía pediátrica, cirugía cardiovascular infantil y las primeras unidades de cuidados críticos pediátricos.

En Argentina, tal como sucedió a nivel mundial, la Terapia Intensiva Infantil comienza a desarrollarse durante la epidemia de poliomielitis. El primer Centro de Asistencia Respiratoria Mecánica para niños se inauguró entre los años 1954 y 1955 en el Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez", el mismo hospital en el cual, en el año 1968 se realizó ventilación mecánica, por primera vez, en un lactante.

En las décadas del 70 y el 80 se produce la expansión de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), ampliándose el rango de patologías (Neurointensivismo, Trauma). Asimismo comienza una verdadera revolución y un avance tecnológico en el área de Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) y se crean los primeros planes de entrenamiento.

La atención médica del paciente crítico pediátrico ha cambiado sustancialmente en los últimos años. Estos cambios se deben a innumerables avances tecnológicos y terapéuticos, que han posibilitado el uso de equipamientos específicos y de alta complejidad, logrando la supervivencia de pacientes que previamente hubiesen fallecido.

Si bien los inicios de la terapia infantil coinciden con la terapia de adultos, varios factores favorecieron una independencia entre ambas especialidades. Por una parte, la formación de posgrado fue dando cuerpo a la especialidad, a partir de la generación de producción bibliográfica, guías de procedimiento, cursos específicos; todos orientados a pacientes pediátricos. Por otra parte, la atención de pacientes pediátricos críticos en unidades especiales posibilitó que los pediatras interesados en el intensivismo se formen al lado



de expertos, inicialmente a través de rotaciones o concurrencias y luego institucionalizando el espacio de formación a través de la implementación de residencias en la especialidad.

Los primeros terapeutas infantiles argentinos son pediatras que realizaron cursos de terapia intensiva y conformaron equipos en las unidades especializadas de los hospitales. En el año 1997 se otorgaron las primeras certificaciones por parte de la Sociedad Argentina de Pediatría a Médicos Pediatras Terapeutas Intensivos, que venían desempeñándose en servicios hospitalarios y que favorecieron la formación de colegas a través de modelos similares al de la residencia.

En la ciudad de Corrientes inicia su actividad el Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica Pública alrededor del año 1986 en el Hospital de Niños Eloisa Torrent de Vidal conformada esta, por una planta física que contaba de una sola sala general polivalente con 4 camas, 2 de las cuales eran ortopédicas y una servocuna todas con panel central de oxígeno y aire comprimido. Con 2 respiradores mecánicos tipo HEALTHDYNE y un respirador volumétrico NEUMOVENT al que se le agrega posteriormente un SHCRIST. Se contaba con monitores que marcaban frecuencia cardíaca con derivaciones unipolares de miembros, oxímetro de pulso, Tensión arterial no invasiva. Una sala para médicos de guardia y separando esta de la sala de pacientes, un estar de enfermería con baño. Equipo portátil para Rx y un ecógrafo en el hospital. Se recibía pacientes de toda la región de terapia polivalente y de todo tipo de patologías. Los pacientes con patologías complejas eran derivados a centro de mayor complejidad como en la ciudad de Buenos Aires.

El personal médico, en un comienzo contaba solo con los médicos de guardia. Posteriormente se fueron agregando médicos de Planta, quienes habían sido residentes de Pediatría, con 40 horas semanales. Los que fueron obteniendo pericia por rotaciones en servicios de Terapia Intensiva, fundamentalmente el Hospital A. Posadas de la ciudad de Buenos Aires.

En el año 1998 la misma planta médica más la presencia de 3 médicos ex becarios de Terapia Intensiva del Hospital Garrahan y del Hospital Italiano forman la planta médica del Hospital Pediátrico Juan Pablo II, este ya un Servicio de la categoría que se describe como nivel I en la propuesta normativa de la SAP.

Luego en el periodo de 2004-2007 se realizó la primera Certificación de residencia, donde el recurso humano se incorporó al Servicio.

La planta de enfermería fue formándose junto con el equipo de médico al igual que kinesiología crítica, con sistema de residencia.

La formación de especialistas en Terapia Intensiva Infantil requiere profundizar desde una mirada epidemiológica; contextualizada en el marco de necesidades de Salud Pública. En este sentido resulta pertinente dimensionar problemas de salud estadísticamente relevantes que requerirían intervención de este profesional:

- Según indicadores de la Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), La mortalidad infantil para el año 2011 fue de 11,7 por mil nacidos vivos, siendo la post neonatal de 4,1 por mil de los cuales el 68% era reducible (2,8 por mil).
- Según la misma fuente, la mortalidad de 1 a 4 años para el mismo año fue de 0,5 por mil (402 muertes por causas externas) y la de 5 a 14 años: 0,3 por mil.
- Por otra parte, el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) indica que los trasplantes de órganos en los últimos 10 años se duplicaron. Según el INCUCAI, en el 2011 el 9,88% fueron para los menores de 20 años y 56 pacientes menores de 18 años accedieron al trasplante renal. Este instituto promueve que la procuración de órganos sea incorporada paulatinamente como una actividad sanitaria más, siguiendo los preceptos de la ley 24.193 y sus modificatorias, que incluya la asesoría para la donación, la procuración, la preservación y el acondicionamiento para el transporte.

La medicina de cuidados intensivos pediátricos ha sufrido un intenso y creciente desarrollo basado no solo en la incorporación de equipamientos y nuevas tecnologías, sino en la comprensión fisiopatológica de muchas enfermedades pediátricas y en la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas por parte de un equipo multidisciplinario, conformado por médicos, enfermeras, kinesiólogos, farmacéuticos entre otros, que constituyen un recurso clave en los resultados de estas unidades.

Por otra parte cada vez hay mayor demanda de internación en las terapias intensivas infantiles no sólo porque aumentó la población, sino porque también aumentó la sobrevida con enfermedades crónicas y complejas.

Numerosos estudios han demostrado que la presencia de equipos médicos entrenados y certificados en terapia intensiva infantil mejora la sobrevida de los pacientes y disminuyen los costos en salud.



El sistema de residencias médicas es considerado mundialmente como la mejor educación médica de posgrado al brindar una formación de capacitación en servicio para adquirir las competencias profesionales. Su programa de formación prioriza el aprendizaje a través del trabajo diario tanto en las áreas asistenciales como docentes, realizado bajo supervisión permanente de experimentados profesionales y progresiva responsabilidad en la toma de decisiones, siendo claramente superior a otros sistemas de capacitación. Por este motivo se propició la creación de la residencia de Terapia Intensiva Infantil.

La Terapia Intensiva Infantil es una especialidad que forma parte de un sistema de constante cambio que exige formación y entrenamiento sistematizado.

I.2. COMPETENCIA GENERAL

El médico especialista en Terapia Intensiva Infantil está capacitado para actuar con profesionalismo, jerarquizando la seguridad del paciente y la cultura del error, en:

- a) la atención médica del paciente pediátrico crítico,
- b) el mantenimiento del potencial donante,
- c) la gestión de su área de trabajo y
- d) el desarrollo de procesos de investigación y educación permanente.

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.

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.



I. 3. ÁREAS DE COMPETENCIA Y COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

Área de Competencia 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 re inserción familiar y social con el menor grado de secuelas posible.

| Competencias Específicas | Criterios de realización |
|---|--|
| Evaluar al paciente crítico. | Se conocen e identifican los signos y síntomas de disfunción de órganos. Se obtienen y se analizan datos de la historia clínica que justifiquen disfunción de órgano. Confeccionar |
| Confeccionar el registro de la historia clínica. | Se confecciona una historia clínica completa, precisa y clara. Se incluye en la historia clínica: evoluciones, indicaciones, consentimiento informado y epicrisis. |
| Proceder a las intervenciones diagnósticas, de monitoreo y terapéuticas, necesarias para el soporte vital. | Se realiza, en el primer nivel, diagnóstico sindrómico. Se arriba, en el segundo nivel, al diagnóstico etiológico con apropiado uso de exámenes complementarios. Se utilizan racionalmente protocolos terapéuticos según niveles de prioridad. Se elaboran y se resuelven las interconsultas necesarias. Se realizan los procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios de la especialidad. Se realizan las prácticas que conforman la especialidad, respetando criterios técnicos. Se contemplan indicaciones, contraindicaciones y medidas de bioseguridad en la resolución de todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. |
| Realizar traslados intra e interhospitalarios de los pacientes críticos. | Se estabiliza al paciente. Se establece la urgencia de la derivación según riesgo. Se consideran las decisiones de la familia. Se trabaja en forma interdisciplinaria, se acuerdan estrategias de intervención conjunta para optimizar el traslado. Se acuerdan y definen entre ambos centros los requerimientos para el traslado y su destino. Se procede al traslado con el recurso humano capacitado y el equipamiento adecuado. |
| Ejercer la práctica clínica, jerarquizando la seguridad del paciente, en el marco de una cultura de prevención del error. | Se promueven los programas del control de infecciones asociados a la asistencia médica. Se interviene oportunamente en complicaciones de procedimientos. Se identifican las condiciones del sistema que promueven o protegen del error. |
| Propiciar la rápida rehabilitación del paciente crítico, para su re inserción familiar y social con el menor grado de secuelas posible. | Se evalúa diariamente la posibilidad de destete de la asistencia ventilatoria mecánica. Se promueve la movilización temprana. Se trabaja interdisciplinariamente con otros miembros del equipo de salud. Se llevan adelante las acciones oportunas en función de las evaluaciones realizadas. Se planifica el alta con la familia, teniendo en cuenta el pronóstico y el riesgo social. |
| Construir un vínculo de confianza con el niño y la familia para favorecer el proceso de atención en todas sus etapas. | Se escucha, dialoga, asesora, informa, orienta y acompaña al niño y a la familia sobre la evolución y el pronóstico del paciente en estado crítico. Se consideran las decisiones del niño y de la familia. Se trabaja en forma interdisciplinaria. |

Área de Competencia 2: Identificar al potencial donante para ablación de órganos y tejidos, diagnosticar muerte bajo criterios neurológicos (muerte encefálica) y mantener al potencial donante.



| Competencias Específicas | Criterio de realización |
|---|---|
| Identificar al potencial donante para la ablación de órganos y tejidos. | Se considera la posibilidad de la donación de órganos. Se detectan factores predisponentes de muerte bajo criterios neurológicos. Se evalúan las contraindicaciones de la donación de tejidos y órganos. Se informa y documenta la notificación al organismo competente, según legislación vigente. |
| Colaborar con la familia para la decisión de donación de órganos y tejidos. | Se realiza entrevista familiar. Se tiene en cuenta el impacto en la familia de la enfermedad y de la muerte, la historia previa los conocimientos y sus valores. Se elabora la documentación pertinente. |
| Diagnosticar muerte bajo criterios neurológicos. | Se identifican los signos clínicos de muerte bajo criterios neurológicos. Se interpretan interdisciplinariamente estudios complementarios pertinentes. |
| Mantener al paciente potencial donante. | Se sostiene la funcionalidad de los órganos. Se realiza el control metabólico. Se toman recaudos para prevenir infecciones. Se brindan las explicaciones necesarias a la familia del donante y se ofrece contención. |

Área de Competencia 3: Evaluar situaciones de futilidad terapéutica y muerte digna, conociendo y aplicando principios, reglas y valores bioéticos.

| Competencias Específicas | Criterios de realización |
|--|---|
| Evaluar situaciones de futilidad terapéutica. | Se reconocen terapias desproporcionadas. Se reconocen las situaciones en las cuales se debe limitar el esfuerzo terapéutico, de acuerdo a los principios bioéticos y la legislación vigente. Se integra al niño y a la familia al proceso de decisión, tomando en cuenta la calidad de vida percibida por el paciente y sus pensamientos relacionados con el final de la vida. Se documenta el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad. |
| Indicar abstención o retiro de soporte vital. | Se construye en forma interdisciplinaria la decisión de abstención o retiro. Se consideran: <input type="checkbox"/> Interés superior del niño <ul style="list-style-type: none">• Irreversibilidad del cuadro• Ineficacia de las medidas terapéuticas• Presunta calidad de vida posterior• Naturaleza de la enfermedad crónica Se realiza abstención o retiro de soporte vital. |
| Favorecer condiciones para dignificar la muerte, atendiendo a los derechos del paciente. | Se reconoce como adecuado recurrir a analgésicos y sedantes para aliviar el dolor. Se acompaña al niño y a la familia. Se toman las decisiones oportunas para asegurar el mejor confort y cuidado con criterio ético. |
| Asistir a la familia frente a situaciones críticas y a la muerte. | Se asesora, informa, orienta y acompaña a la familia sobre la evolución y el pronóstico niño en estado crítico. Se consideran las decisiones de la familia. Se trabaja en forma interdisciplinaria. Se evalúa la solicitud de autopsia u otros estudios en caso de muerte. Se organiza el informe posterior a la autopsia y se acuerda entrevista de devolución con la familia. |



Área de Competencia 4: Gestionar su proceso de trabajo.

| Competencias Específicas | Criterios de realización |
|--|---|
| Gestionar la atención en una sala de Terapia Intensiva Pediátrica. | Se asume el rol del médico a cargo del niño en estado crítico. Se coordina al equipo de salud para la toma de decisiones. Se articulan redes. Se gestionan los recursos humanos, insumos y equipamiento necesarios para la realización de las actividades del servicio. Se tiene en cuenta las mejores evidencias disponibles en la toma de decisiones. Se utilizan instrumentos de gestión para evaluar la calidad de la atención en su ámbito de desempeño. Se confeccionan registros clínicos, legales y estadísticos de forma clara y precisa de acuerdo a la normativa jurisdiccional. Se tiene en cuenta la evidencia disponible en costo- beneficio, costo-efectividad y costo-utilidad en el uso de los recursos. |
| Evaluar la propia práctica de acuerdo a parámetros de calidad, en un proceso de mejora continua. | Se incorporan herramientas para la evaluación de la calidad de los resultados. Se realizan las modificaciones pertinentes. |
| Colaborar con el diseño y desarrollo de políticas sanitarias. | Se genera información para la toma de decisiones. Se realizan análisis epidemiológicos. Se asesora a otros actores intervinientes en acciones de promoción y prevención acordes con las necesidades de salud de la comunidad. |



Área de Competencia 5: Participar en actividades científico-académicas, docentes y de investigación para complementar su formación y contribuir a la producción y difusión de nuevos conocimientos.

| Competencias Específicas | Criterios de realización |
|--|---|
| Analizar críticamente y comunicar los resultados de la práctica profesional. | Se trabaja en base a lógicas científicas y/o racionalizando la experiencia empírica. Se conoce la evidencia médica vigente. Se consideran aspectos éticos y legales. Se realizan investigaciones básicas y/o aplicadas. Se participa en la elaboración de protocolos ante innovaciones en el ejercicio de la profesión. Se registran resultados y se realizan informes empleando distintos medios informáticos. Se validan las investigaciones con pares o con otros miembros del equipo de salud en forma intra o interdisciplinaria y a través de los comités de Docencia, Investigación y Bioética. Se gestionan las estrategias y medios para la presentación y publicación de trabajos en congresos, jornadas, revistas y otros medios, para la divulgación científica. Se emplea lenguaje médico profesional. |
| Participar en acciones de educación permanente. | Se identifican las necesidades de formación y actualización. Se utiliza inglés técnico aplicado a la especialidad. Se participa de jornadas, eventos, congresos y otros encuentros científicos. Se participa en ateneos de morbimortalidad y bibliográficos. Se analizan críticamente las publicaciones científicas. Se gestionan los medios para capacitarse en el uso de tecnologías actuales y futuras para la práctica de la especialidad. Se participa en acciones docentes. |



I.4. ÁREA OCUPACIONAL

El ambiente natural de la práctica médica es el Centro Asistencial de los ámbitos público, privado y de la seguridad social, con distintos grados de complejidad y, dentro de éstos:

- Unidades de cuidados intensivos pediátricos polivalentes
- Unidades de cuidados intensivos de recuperación cardiovascular pediátricas
- Unidades de trasplante pediátricas
- Unidades de cuidados intermedios pediátricos
- Unidades de resucitación cardiopulmonar
- Unidades de traslado de pacientes críticos pediátricos terrestres y aéreas
- Unidades de cuidados crónicos con requerimiento de soporte vital

También desempeña otras tareas en:

- Instituciones de formación en ciencias de la salud
- Sociedades Científicas
- Organismos vinculados a la gestión sanitaria (nacional, jurisdiccional, municipal)
- Organismos de investigación

II.- BASES CURRICULARES

En este nivel de concreción curricular quedan establecidos los conocimientos que se definen como indispensables para la especialización en Terapia Intensiva Infantil.

La educación de posgrado propicia una trayectoria de formación que, entre otros aspectos:

- garantiza una formación pertinente al nivel y ámbito de la educación superior de posgrado,
- articula teoría y práctica,
- integra distintos tipos de formación,
- estructura y organiza los procesos formativos en clave de desarrollo socio-cultural y de desarrollo vinculado al mundo del trabajo profesional,
- articula en su propuesta curricular las demandas y necesidades fundamentales para el desarrollo local con las instituciones del sector salud y del sector educación.

II.1. BLOQUES TRANSVERSALES

Los contenidos transversales abordan problemas centrales del campo de la salud y de la atención, comunes a todas las profesiones. Y contextualizan y determinan el ejercicio profesional, según tres aspectos: conceptual, procedimental y actitudinal. Esto significa que tienen un carácter teórico-práctico; es decir que la formación en estos contenidos se hace tanto en situación de práctica clínica (atención de pacientes en distintos escenarios), como en situaciones de clase, ateneos, talleres, etc.

Los contenidos transversales se organizan en tres ejes que destacan dimensiones en el desempeño del profesional de la salud. El primero recalca el rol del profesional como parte y actor del sistema para garantizar el derecho a la salud. El segundo subraya el vínculo del profesional con los otros sujetos de derecho que acceden a las instituciones de salud. El último enfatiza el valor de la educación permanente y de la investigación para la mejora de la atención.

BLOQUE 1: EL PROFESIONAL COMO SUJETO ACTIVO EN EL SISTEMA DE SALUD

- Análisis de situación de salud. Dimensión social: Complejidad y estructura preexistente. Dimensión política: Perspectivas nacional, jurisdiccional y local en el abordaje de los problemas de salud de la población. Determinantes y condicionantes de salud en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Epidemiología. La distribución del poder en las intervenciones en salud. Dimensión epistemológica: concepciones y paradigmas relacionados a la salud.



- El sistema de salud. Lógicas institucionales y organizacionales del sistema. Su dinamismo. El enfoque de calidad en la atención. El rol del profesional como agente en la transformación y aplicación de las políticas sanitarias.
- El profesional como gestor: el ciclo de la gestión. Recursos, tiempo y oportunidad en la atención de calidad. Utilización de manuales de procedimientos, protocolos y guías. Responsabilidad institucional en el ejercicio de la profesión.
- El profesional integrado al equipo para un mejor abordaje desde una perspectiva poblacional y sanitaria. El rol del equipo de salud en la construcción de la equidad y del acceso universal a la atención. La responsabilidad y la acción profesional en la generación y participación en redes de servicios, redes de atención y de cuidado.
- Encuadre de la práctica profesional en el marco de derechos y de la bioética. Responsabilidad pública del ejercicio de la profesión.
- Convenciones internacionales y nacionales. Marco normativo vigente, nacional y jurisdiccional relacionado con la salud. Actores y Organismos Nacionales e Internacionales.

BLOQUE 2: LOS SUJETOS DE DERECHO EN EL SISTEMAS DE SALUD

- Sujetos de derecho: pacientes, familias y profesionales. Organización y participación de los actores en salud. Herramientas en participación comunitaria. Análisis, priorización y toma de decisiones.
- Marco normativo vigente, nacional y jurisdiccional sobre: ejercicio profesional, derechos del paciente y del trabajo.
- El paciente y su familia como sujetos de derecho y con autonomía para la toma de decisiones en los procesos de atención-cuidado.

Comunicación. Comunicación institucional y con los pacientes como constitutiva de las buenas prácticas en salud. La comunicación como vínculo para las actividades de prevención, tratamiento de enfermedades y promoción de salud. Comunicación de noticias difíciles.

- El trabajo con otros en sus múltiples dimensiones: interdisciplinariedad, interculturalidad, diversidad de miradas y prácticas. La complementariedad de saberes para la mejora de la atención y la resolución de conflictos.
- Aplicación y control de las normas de bioseguridad en el ejercicio cotidiano. Condiciones y medio ambiente de trabajo. Dimensiones del cuidado del ambiente para la salud del paciente, del profesional y del equipo.
- El profesional en el mercado de trabajo. Responsabilidades civiles y penales del ejercicio profesional.

BLOQUE 3: EL PROFESIONAL COMO PARTICIPANTE ACTIVO EN LA EDUCACIÓN PERMANENTE Y LA PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTOS

- El trabajo como fuente de aprendizaje y conocimiento: Educación Permanente en Servicio. La institución sanitaria y los equipos de salud en la construcción de procesos de educación permanente en salud.
- La investigación como fuente de aprendizaje y conocimiento. Lógicas de investigación científica y sistematización de prácticas. Investigación clínica e investigación básica. Diferentes enfoques (Medicina Basada en la Evidencia, Investigación en Sistemas y Servicios de Salud, Investigación Sanitaria Colectiva, etc.).
- El profesional como parte responsable en la construcción de información epidemiológica y de gestión de procesos salud-enfermedad-atención. Sistemas y registros de información sanitaria y epidemiológica.
- Búsqueda y análisis de información científico-tecnológica. Redes y centros de información y documentación.



- Lectura comprensiva de artículos especializados en idioma extranjero. Utilización del servicio de buscadores y de traductores virtuales.
- Organización de comunicaciones científicas y presentación de datos y experiencias.

II.2. BLOQUES PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD

Los bloques propios de la especialidad están organizados por tipos de abordaje en terapia intensiva infantil. Cada uno de ellos incluye contenidos teórico-prácticos y procedimientos específicos que deben ser realizados por los especialistas.

BLOQUE 4: ABORDAJE SISTEMÁTICO DEL PACIENTE CRÍTICO. EVALUACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN RÁPIDA Y SISTEMÁTICA ANTE LA POSIBILIDAD DE RIESGO DE VIDA INMINENTE

-Abordaje inicial

- Evaluación el estado de conciencia. o EscORES de evaluación neurológica
- Evaluación y estabilización de la vía aérea y aparato respiratorio u Oxigenoterapia. o Sostén de vía aérea:
- Manejo no invasivo: cánulas nasofaríngeas y oro faríngeas.
- Ventilación con bolsa y máscara
- Manejo invasivo: máscaras laríngeas, tubo endotraqueal, traqueostomía.
- Secuencia de intubación rápida
- Manejo de vía aérea difícil.
- Colocación de tubos de avenamiento pleural.
- Evaluación y estabilización cardiovascular
- Parámetros de reconocimiento de shock.
- Acceso vascular de emergencia: vía intraósea.
- Monitoreo electrocardiográfico
- Maniobras de reanimación básica y avanzada
- Drogas de reanimación
- Pericardiocentesis

-Evaluación secundaria: Determinar las causas sindromáticas que originan la situación de ingreso y priorizar el tratamiento según el riesgo de vida.

- Diagnóstico sindromático inicial
- Examen físico completo
- Exámenes complementarios iniciales
- Monitoreo inicial
- Intervenciones invasivas: colocación de acceso vascular central.
- Medición de tensión arterial invasiva. Presión Venosa Central (PVC)
- Tratamiento inicial
- Reposición de la volemia
- Parámetros iniciales de la asistencia respiratoria mecánica
- Sedación y analgesia
- Drogas inotrópicas y vasoactivas. Indicación.
- Antibioticoterapia inicial

BLOQUE 5: ABORDAJES DIAGNÓSTICOS Y SOSTÉN DEL PACIENTE CRÍTICO

Prevención, diagnóstico, diagnósticos diferenciales, tratamiento, interconsultas, indicaciones endoscópicas y quirúrgicas, manejo de drogas, sedoanalgesia e indicación de trasplante en:



-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.

- Mantenimiento de la vía aérea
- Indicaciones y cuidado de la Traqueostomía.
- 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.
- Broncoscopia. 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.

-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.

- 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.

- 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
- 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.
- 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.
- Pacientes con patología nefrológica y del medio interno: Injuria renal (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.
- 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 Blackmore.
- 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. o Monitoreo y manejo de la glucemia.
 - Tratamiento inicial de errores congénitos del metabolismo.
- 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.
- Transporte del paciente crítico: intrahospitalario, interhospitalario y aéreo.
- 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.

BLOQUE 6: DESCOMPLEJIZACIÓN Y REINSERCIÓN DEL PACIENTE

- Descomplejización del paciente o 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.

BLOQUE 7: ABORDAJE EN SITUACIÓN DE MUERTE CEREBRAL

- Muerte encefálica
- Criterios de muerte encefálica.
- Ley 24.193
- Situaciones especiales. Requisitos de exclusión e inclusión. Protocolo de Diagnóstico de Muerte bajo Criterios Neurológicos.
- Comunicación de la muerte.
- Registros.

BLOQUE 8: ABORDAJE EN SITUACIÓN DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

- Aspectos básicos de trasplantología.
- Legislación vigente sobre trasplante de órganos. Protocolo Nacional de "Diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos".
- Identificación de potencial Donante
- Criterios de Selección del Potencial Donante (antecedentes personales, patológicos, de enfermedad actual, etc.).
- Criterios de Exclusión (enfermedad oncohematológica, infecciones, etc.).
- Denuncia al organismo jurisdiccional competente.
- 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.



HOSPITAL PEDIATRICO "JUAN PABLO II"
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos
Av. Artigas N° 1435 - 3400 Corrientes
Tel. (03794) 475300 al 304 / Fax: 475306



- Protocolo del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implantes (INCUCAI).

BLOQUE 9: 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.
- Confección 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 crítico. Cultura del error.
- Vigilancia epidemiológica.



PROGRAMA ANALITICO: PRIMER AÑO

1. MODULO: PATOLOGIA PULMONAR CRÍTICA

a. Objetivos

- Identificar a un paciente con insuficiencia respiratoria aguda y poder evaluarla correctamente en cuanto a:
 - Patogenia: por alteración de la compliance (distress respiratorio, neumonías, etc.), por obstrucción de la vía aérea (asma y EPOC) o de origen neuromuscular.
 - Alteraciones de los gases sanguíneos: hipoxia pura, hipercapnia o mixta
 - Necesidad de instaurar asistencia respiratoria mecánica
- Tener capacidad para:
 - Llevar a cabo técnicas no invasivas de administración de oxígeno
 - Intubar la vía aérea
 - Aspirar secreciones
 - Evacuar neumotórax hipertensivo hasta la colocación de un tubo pleural
 - Realizar punciones pleurales
- Conocer la teoría de funcionamiento de los respiradores de presión positiva, de las técnicas de asistencia respiratoria mecánica y la interacción de la interfase paciente-respirados. Operar correctamente los respiradores mecánicos y el armado y desarmado de los mismos; saber aplicar las normas de mantenimiento de la esterilidad.
- Aplicar las distintas modalidades de asistencia respiratoria mecánica, de acuerdo a la situación concreta y reconocer las complicaciones de las mismas.
- Interpretar los datos del monitoreo gasométrico y de la mecánica respiratoria (gases sanguíneos, oximetría de pulso, compliance, trabajo respiratorio, etc.)
- Interpretar correctamente las técnicas de imágenes referidas a patología torácica en un paciente crítico, en particular demostrar capacidad para la lectura básica de una tomografía computada de tórax.
- Saber indicar las técnicas de obtención de muestras para cultivo y anatomía patológica en un paciente intubado.
- Demostrar habilidad para realizar el lavado broncoalveolar y cepillado protegido.

a. Temas a desarrollar:

- Fisiología y fisiopatología respiratoria aplicada a la patología pulmonar.
- Anomalías congénitas de la vía aérea superior e inferior
- Insuficiencia respiratoria: Formas clínicas y diagnósticas. Mecanismos de la hipoxemia
- Fatiga muscular respiratoria
- Intubación y traqueostomía
- Vía aérea dificultosa
- Farmacoterapia respiratoria
- Oxigenoterapia, humidificación y kinesioterapia-
- Cánula de alto flujo
- Principios de la Ventilación mecánica: Definición y concepto
- Sedación y relajación
- Destete de la ventilación mecánica
- Ventilación mecánica prolongada
- Injurias Pulmonar Inducida por la Ventilación mecánica
- Tipos de respiradores. Nociones de tecnología aplicada
- Sustitución total y parcial de la ventilación. Modos ventilatorios
- Monitoreo de la ventilación mecánica y Test de función pulmonar
- Interacción cardiopulmonar
- Sincronía Paciente-Respirador
- Ventilación no invasiva-interfaces
- Complicaciones de la ventilación mecánica
- Definición de SDRA/PARDS



- Cuidados Respiratorios en PARDS
- Estrategias Ventilatorias en SDRA
- Estrategias No Ventilatorias En SDRA
- Hipertensión pulmonar persistente
- Crup y epiglotitis
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica descompensada. Displasia broncopulmonar. Fibrosis quística
- Asma grave y Status asmático
- Bronquiolitis
- Ventilación mecánica en patología cardiovascular
- VAFO
- ECMO /ON
- Balón Esofágico
- Endoscopia e imágenes en terapia intensiva
- Ventilación mecánica domiciliaria
- Ventilación mecánica Transporte
- Examen

2. MODULO CARDIOLOGIA

a. Objetivos

- Conocer los eventos fisiopatológicos que desencadenan las descompensaciones cardiovasculares
- Priorizar los métodos diagnósticos en el enfoque del paciente con probable disfunción cardiovascular.
- Reconocer las anormalidades electrocardiográficas y trastornos del ritmo
- Saber efectuar el cálculo de las variables hemodinámicas derivadas y transporte de oxígeno
- Implementar adecuadamente la terapéutica anti arritmica y antifibrinolítica
- Adiestrar en la reanimación cardiopulmonar avanzada
- Manejar las cardiopatías congénitas durante el perioperatorio y en recuperación de cirugía cardiovascular

b. Temas a desarrollar

- Generalidades: Anatomía y Fisiopatología
- Monitoreo hemodinámico
- Reanimación cardiopulmonar avanzada
- Inotrópicos y anti arrítmicos
- Insuficiencia cardiaca aguda. Edema agudo pulmonar cardiogénico.
- Miocardiopatías, enfermedad de Kawasaki
- Tromboembolismo pulmonar
- Arritmias Graves en Pediatría- Arritmias ventriculares:
-Arritmias supraventriculares. Bradiarritmias. Desfibrilación y cardioversión.
- Resucitación cardiopulmonar
- Emergencias hipertensivas
- Hipertensión pulmonar. Clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento. Oxido *nitrico*.
- Pericarditis -Miocarditis –
- Síndrome de bajo débito cardíaco. Diagnóstico y tratamiento farmacológico
- Obstrucción del Tracto de Salida del Ventrículo Izquierdo
- Cardiopatías con Hiperflujo pulmonar
- Abordaje Clínico-Quirúrgico del Ventrículo Único
- Cardiopatías congénitas con Hipoflujo pulmonar
- Asistencia circulatoria y ECMO. Indicaciones. Metodología
- Marcapasos transitorios
- Recuperación de Cirugía Cardiovascular
- Bypass Cardiopulmonar Trasplante Cardíaco
- Evaluación



3. MODULO SHOCK Y SEPSIS

a. Objetivos

- Adquirir los conocimientos teóricos necesarios para:
 - Realizar el diagnóstico de shock
 - Interpretar clínicamente las variables fisiológicas obtenidas a través del monitoreo hemodinámico
 - Establecer los objetivos terapéuticos correspondientes
 - Diagnosticar y prevenir el desarrollo de la disfunción multiorgánica

b. Temas a desarrollar

- Shock séptico: fisiopatología y tratamiento
- Sepsis: Nuevas definiciones. Epidemiología
- Biomarcadores y marcadores de daño endotelial en sepsis.
- Transporte de oxígeno.
- Timing de resucitación en el shock.
- Epidemiología de la sepsis-disfunción multiorgánica
- Generalidades de la epidemiología de la sepsis. Nuevas definiciones. Disfunción Multiorgánica. Tipos de disfunciones y criterios de diagnóstico.
- Disfunción miocárdica en la sepsis
- Monitoreo de la perfusión tisular
- Monitoreo de consumo de oxígeno
- ¿Qué representan la saturación de oxígeno venosa mixta y venosa-central?
- ¿Es un lactato un marcador de metabolismo anaeróbico?
- Gradientes de veno-arteriales de CO₂. Generalidades de Tonometría gástrica.
- Objetivos de la resucitación del shock
- Resucitación inicial. Objetivos de resucitación. Tratamiento protocolizado del shock séptico
- Monitoreo hemodinámico
- Monitoreo Hemodinámico Funcional
- Medición del gasto cardíaco. Ecocardiografía
- Ecografía en el paciente con shock
- Eco fast, ecografía de pulmón, ecografía de partes blandas y vascular
- Protocolo RUSH
- Ecocardiografía
- Fluidos y drogas vasoactivas en la resucitación del shock
- Cristaloides y coloides. Evidencia de acuerdo a los últimos estudios clínicos.
- Vasopresores, Inotrópicos y Vasodilatadores
- Caso clínico de Shock
- Adyuvantes en el Manejo Shock Séptico
- Campaña sobreviviendo a la sepsis
- Examen

4. MISCELANEAS

a. Contenidos conceptuales

- Bioética. Scores. Organización y funcionamiento de unidades de cuidados intensivos.

b. Temas a desarrollar

- Taller monografía
- GESTION 1 La visión de la UCI como una Organización de Servicio.
- GESTION 2 Como mejorar la Calidad y Resultados en la UCI
- Como admitir la severidad de un paciente admitido en UCIP



- GESTION 3 Como gestionar las capacidades operativas de la UCI. El Rol de la Estructura y los Procesos en UCI
- SCORES 1 Seguridad del Paciente en Terapia Intensiva.
- Como admitir la severidad de un paciente admitido en UCIP practico
- taller herramientas informáticas aplicadas a UCIP
- BIOETICA 1 Comunicación en UTI
- BIOETICA 2 Principios bioeticos
- BIOETICA 3 LET Final de la vida
- Examen

5. MÓDULO: HEMATOLOGÍA

a. Objetivos

- Reconocer los principales trastornos hematológicos vistos en el paciente crítico. Abordaje diagnóstico y terapéutico

b. Temas a desarrollar

- Trastornos de la coagulación en UTI. Anormalidades congénitas de la coagulación.
- Crisis de células falciformes
- Hemólisis aguda en el neonato. Hiperbilirrubinemia
- Uso de hemoderivados
- Anticoagulación y trombosis
- Plasmaféresis. Hemodilución. Exanguinotransfusión
- Emergencias hematooncologicas
- Trombosis y anticoagulación en UCIP
- Coagulopatía del paciente crítico
- Estrategia transfusional restrictiva en UCIP
- Examen

6. MÓDULO: TOXICOLOGÍA

a. Objetivos

- Reconocer, valorar y tratar las intoxicaciones graves más frecuentes en el paciente pediátrico.

b. Temas a desarrollar

- Generalidades. Evaluación inmediata y diagnóstico.
- Descontaminación. Antídotos y eliminación de los tóxicos
- TOXICO 1 Monóxido de Carbono- Acido acetil salicílico, Acetaminofen
Alcoholes. Etanol, metanol, glicoles.
1. Anti colinérgicas.
Hidrocarburos, Cáusticos
- TOXICO 2: Plaguicidas: organofosforados-. carbamatos
- TOXICO 3: Drogas de abuso- Psicofármacos: Benzodiazepinas, neurolépticos, antidepresivos, opiáceos, cocaína
- Examen



PROGRAMA ANALITICO: SEGUNDO AÑO

1. MODULO: MEDIO INTERNO Y RENAL

a. Objetivos

- Evaluar e interpretar en un paciente oligúrico los componentes pre renal, renal y postrenal.
- Interpretar el papel que juega el riñón en los cambios electrolíticos y el ácido base en los enfermos con y sin fallo renal.
- Indicar correctamente tratamiento dialítico en cualquiera de sus formas sobre la base de criterios clínicos y de laboratorio.
- Indicar correctamente las drogas en pacientes con fallo renal.
- Ser capaz de decidir acerca de las distintas variantes en la alimentación de los pacientes con fallo renal.

b. Temas a desarrollar

- Diagnóstico inicial de trastornos ácido-base
- Acidosis metabólica con anión restante elevado
- Síndromes hipoosmolares. Diagnóstico y tratamiento
- Síndromes hiperosmolares. Diagnóstico y tratamiento
- Acidosis metabólica hiperclorémica
- Diskalemias: Hiperkalemia- hipokalemia
- Insuficiencia renal aguda. Diagnóstico y tratamiento
- Reemplazo de la función renal en agudo
- Complicaciones en UTI de la insuficiencia renal aguda
- Farmacocinética en el fallo renal
- Trasplante renal en UCI
- Síndrome hepato-renal
- Examen

2. MODULO: SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

a. Objetivos

- Conocer la fisiopatología neurológica aplicada al paciente crítico
- Seleccionar e interpretar los distintos métodos de monitoreo en neurointensivismo
- Evaluar clínicamente a un paciente neurológico crítico
- Conocer las patologías neurológicas más comunes en el paciente crítico, de los métodos diagnósticos complementarios y de las medidas terapéuticas específicas
- Conocer las distintas modalidades terapéuticas de protección cerebral a la injuria

b. Temas a desarrollar

- Anatomía y fisiología del SNC
- Fisiopatología de la lesión cerebral
- Neuroimágenes
- Fisiopatología del flujo sanguíneo cerebral y metabolismo del oxígeno
- Anomalías congénitas del SNC
- Daño cerebral post anóxico
- Meningitis, encefalitis
- Lesión secundaria
- Fisiopatología de la hipertensión endocraneana
- Manejo inicial del paciente neurológico agudo
- Monitoreo neurointensivo
- Traumatismo encéfalo craneano-Post-operatorio neuroquirúrgico.
- Hemorragia subaracnoidea



- Hemorragia intracerebral- Profilaxis de la Trombosis venosa profunda.
- Traumatismo raquimedular
- Pre y post neuroquirúrgico
- Accidente cerebrovascular
- Coma y alteraciones de la conciencia- muerte cerebral
- Estado de mal epiléptico
- Polineuropatía del paciente crítico
- Desordenes neuromusculares agudos (Guillen Barré, Tétanos, Botulismo, miastenia Gravis)
- Examen

3. MODULO: TRAUMA

a. **Objetivos**

- Adquirir habilidad para categorizar a las víctimas de accidentes y/o catástrofes según las normas de la asociación americana de trauma.
- Adquirir los conocimientos necesarios para reconocer las prioridades en cuanto al soporte vital de las distintas etapas de atención del politraumatizado: pre hospitalario y hospitalario
- Indicar y administrar adecuadamente los distintos procedimientos diagnósticos para cada traumatismo en particular
- Capacitar para precisar y monitorear las complicaciones inmediatas en un politraumatizado
- Diagnosticar y tratar eficientemente las complicaciones alejadas relacionadas a la permanencia prolongada del paciente en la UTI
- Conocer los distintos métodos de analgesia y saber implementar los tratamientos de sostén en cuanto a la nutrición y la prevención de las disfunciones orgánicas.

b. **Temas a desarrollar**

- Atención pre hospitalaria del politraumatizado
- Recepción inicial hospitalaria-Atención inicial del Trauma Pediátrico- Errores- Lesiones inadvertidas
- Inmunomodulación en el Trauma-
- Monitoreo en el Trauma
- Shock traumático -Shock hemorrágico y no hemorrágico.
- Aspectos fisiopatológicos en control del daño
- Resucitación con Hemoderivados en Pediatría
- Coagulopatía
- Hipertensión intraabdominal- Síndrome compartimental abdominal
- Hipotermia
- Traumatismo maxilo-facial
- Trauma raquimedular
- Categorización y escores
- Taller de triage
- Trauma torácico
- Trauma abdominal
- Traumatismo de extremidades y pelvis
- Prioridades en la atención del traumatizado
- Atención del paciente quemado
- Electrocuación e injurias químicas
- Síndrome de casi ahogamiento y asfixia
- Síndrome del niño maltratado
- Analgesia, sedación y relajación-
- Transporte aéreo-Traslado terrestre
- Radiología intervencionista y hemodinamia
- Enfermedad tromboembólica en el Trauma



- Examen

4. MODULO: INFECTOLOGIA:

a. Objetivos

- Incorporar criterios para la elección de la antibioticoterapia empírica de acuerdo a la sospecha de foco.
- Conocer el manejo de las técnicas de recolección y conservación de muestras para cultivo
- Conocer los criterios diagnósticos y terapéuticos de las patologías infecciosas más frecuentes en medicina crítica
- Conocer los criterios diagnósticos y terapéuticos de las patologías infecciosas más frecuentes en inmunocomprometidos
- Identificar y aplicar las normas de prevención de las infecciones intrahospitalarias en la unidad de terapia intensiva

b. Temas a desarrollar

- Neumonía severa de la comunidad
- Neumonía asociada a la asistencia respiratoria mecánica
- Resistencia bacteriana
- Sepsis
- Endocarditis
- Mediastinitis
- Tétanos
- Botulismo
- -Infección ginecológica- mortalidad materna Aborto séptico
- Infecciones intraabdominales
- Uso racional de antibióticos
- Inmunoterapia e inmunomodulación
- Infecciones en politraumatizados
- Prevención de infecciones intrahospitalarias
- Infecciones en el huésped inmunocomprometido
- Manejo del paciente con SIDA en terapia intensiva
- Bioseguridad
- Control de Infecciones
- Infecciones endovasculares
- Infecciones emergentes que requieren UTI: Dengue, síndrome cardiopulmonar por Hantavirus, Fiebre hemorrágica Argentina, Leptospirosis.
- Infección del Sistema Nervioso Central
- Infecciones de piel y partes blandas-
- Toma de muestras
- Evaluación

5. MÓDULO: ENDOCRINOLOGÍA

a. Objetivos

- Adquirir conocimientos sobre el manejo de las emergencias endocrinológicas y metabólicas en el área de terapia intensiva

b. Temas a desarrollar

- Hipotiroidismo. Coma mixedematoso
- Hipertiroidismo. Crisis Tirotóxica
- Insuficiencia corticosuprarrenal agudo
- Feocromocitoma



- Cetoacidosis diabética
- Hipoglucemia e hiperglucemia
- Hipocalcemia e hipercalcemia
- Desordenes del metabolismo de la hormona antidiurética
- Descompensaciones agudas de los errores innatos del metabolismo
- Evaluación

6. MÓDULO DE NUTRICIÓN

a. Objetivos

- Reconocer a la desnutrición hospitalaria y a la depleción proteica como factores pronósticos en los pacientes críticos y los determinantes fisiopatológicos que los justifican
- Conocer las indicaciones, usos y técnicas de la alimentación enteral y parenteral en la terapia intensiva
- Formular e implementar un plan de soporte nutricional para un paciente en terapia intensiva
- Monitorizar la eficiencia y los resultados del soporte nutricional de un paciente crítico

b. Temas a desarrollar

- Metabolismo en el ayuno y en la injuria
- Composición corporal. Evaluación nutricional en el paciente crítico. Requerimientos proteicos
- Inicio de soporte nutricional: elección de la vía
- Requerimientos calóricos. Calorimetría indirecta
- Intestino en el paciente crítico. Alimentación enteral
- Alimentación parenteral. Vías, progresión, monitoreo y complicaciones
- Soporte nutricional en situaciones especiales (insuficiencia renal, insuficiencia hepática, quemados, etc.)
- Implementación y monitoreo de la alimentación enteral y formulaciones
- Evaluación

7. MÓDULO: GASTROINTESTINAL

a. Objetivos

- Reconocer, valorar y tratar los eventos gastrointestinales agudos más frecuentes en la terapia intensiva y el fallo hepático agudo.

b. Temas a desarrollar

- Anomalías congénitas del tracto gastrointestinal
- Sangrado gastrointestinal. Definición. Presentación. Tratamiento
- Gastroenteritis aguda. Deshidratación severa
- Ileo paralítico y pseudo-obstrucción intestinal
- Enterocolitis necrotizante
- Pancreatitis
- Insuficiencia hepática
- Evaluación

- Examen final segundo año
- Entrega de monografía



III.- REQUISITOS MINIMOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA RESIDENCIA.

III. 1.- CARGA HORARIA Y TIPO DE RESIDENCIA

La Residencia de Terapia Intensiva Infantil es una residencia postbásica con una duración de 2 (dos) años a la que se accede acreditando Residencia completa de Pediatría. La residencia esta programada para que ingresen 2 dos residentes por año.

Se ofrece también con la modalidad de residencia articulada en la que se contemple en los primeros 3 años los contenidos aprobados en el Marco de Referencia para la Formación de Residencias de la especialidad Pediatría, y en los 2 últimos años contenidos y prácticas del presente Marco de la especialidad de Terapia Intensiva Infantil. La especialidad de articulación se elige al momento de la inscripción al sistema. Se ingresa con el Título de grado.

El residente desarrolla su **actividad Asistencial** de de 7 a 13 hs (seis horas diarias) de lunes a viernes, mas guardias lo que corresponde a 54 a 60 hs semanales. **Actividad Teórica- gestión e Investigación:** 24 hs semanales. Lo que suma un total de 78 a 84 hs semanales de Actividades a desarrollar por el residente.

Deberá cumplir con cinco (5) guardias por mes. Las cuales estarán separadas como mínimo por veinticuatro (24) horas, durante los dos años. Las guardias son de 24 horas y corresponden a 3 días hábiles y dos días de fin de semana o feriado por mes. Deberá contar como mínimo con un descanso post-guardia. El mismo será determinado por el Instructor de la Residencia, debiendo ser efectiva en días hábiles de semana. Este esquema de distribución de guardias debe desarrollarse en el transcurso de todo el programa de residencia, no existiendo diferencias por nivel de formación.

Distribución de tiempo semanal estimado por tipo de actividad:

- 70% Asistencial
- 20% Actividades teórico-prácticas
- 5% Gestión
- 5% Investigación clínica

III.2.- ROTACIONES OBLIGATORIAS

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.

Áreas de intervención obligatorias:

- Trauma
- Neurointensivismo
- Postquirúrgicos complejos de cirugía pediátrica general
- Recuperación cardiovascular

1. Unidad de internación polivalente

Comprende un período de 10 meses en primer y segundo año. El residente tendrá a cargo 4 a 6 camas cada uno; abarca pacientes de las áreas: Clínica Pediátrica general, Cuidados Intensivos Respiratorios, Trauma, Neurointensivismo, postquirúrgicos complejos de Cirugía Pediátrica general.

2. Unidad de Cuidados Intensivos de Cirugía Cardiovascular

En el Instituto de Cardiología "Juana F. Cabral" o rotaciones en otro Servicio de Cuidados Intensivos de Cirugía Cardiovascular elegidas y consensuadas por el sistema formativo del Residente.

Comprende un período de 2 meses. Abarca el área de cuidados intensivos y cuidados intermedios.

III.3 ROTACIÓN ELECTIVA:

Son rotaciones de opción libre para cada residente, pero las mismas se llevaran a cabo durante el segundo año, debiendo completar la formación en la especialidad que está realizando, tanto para profundizar



aspectos médicos como para conocer el funcionamiento de otros servicios. Se sugiere: Quemados, Diagnóstico por Imágenes, Trasplante, Inmunosuprimidos. Duración de rotación electiva: 2 meses. 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.

| ACTIVIDADES Y ROTACIONES DEL RESIDENTE | | | | | | | |
|--|--------------------------|-----------------------|---------------|--|---|--|---|
| AÑOS | DURACION | UNIDAD | CAMAS A CARGO | Módulos Teóricos | CARGA HORARIA | PROCEDIMIENTOS PRACTICAS | |
| 1º AÑO | 10 MESES (JUNIO A MARZO) | UNIDAD POLIVALENTE | 4 A 6 CAMAS | Respiratorio Neurointensivismo Trauma Postquirúrgico Complejo De Cirugía Pediátrica General | 1... Patología pulmonar crítica 2. Cardiología 3. shock y sepsis 4. Miscelaneas 5. Hematología 6. Toxicología | <ul style="list-style-type: none"> • 70% Asistencial (Se corresponde con 44 hs semanales con guardias incluidas)- de 7 hs a 12,40 hs- guardias de 24 hs • 20% Actividades teórico-prácticas (8 hs semanales) de 13 hs a 15 hs • 5% Gestión (2hs semanales) de 15 a 16 hs dos veces por semana • 5% Investigación clínica (2 hs semanales) de 15 a 16 dos veces por semana | <ul style="list-style-type: none"> • Estabilización de la vía aérea y aparato respiratorio u Oxigenoterapia. o Sostén de vía aérea: • Manejo no invasivo: cánulas nasofaríngeas y oro faríngeas. • Ventilación con bolsa y máscara • Manejo invasivo: máscaras laríngeas, tubo endotraqueal, traqueostomía. • Secuencia de intubación rápida • Manejo de vía aérea difícil. • Colocación de tubos de avenamiento pleural. • Acceso vascular de emergencia: vía intraósea. • Maniobras de reanimación básica y avanzada • Pericardiocentesis • colocación de acceso vascular central. • Medición de tensión arterial invasiva. Presión Venosa Central (PVC) • Punción abdominal- colocación drenaje peritoneal. |
| | 2 MESES (ABRIL- MAYO) | UNIDAD CARDIOVASCULAR | | Manejo Cardiopatías Congénitas Postquirúrgico Cardiovascular Arritmias | | | |
| 2º AÑO | 10 MESES (JUNIO A MARZO) | UNIDAD POLIVALENTE | | Respiratorio Neurointensivismo Trauma Postquirúrgico Complejo De Cirugía Pediátrica General | 1. Medio Interno y Renal 2. Sistema nervioso central 3. Trauma 4. Infectología 5. Endocrinología 6. Nutrición 7. Gastrointestinal | | |
| | 2 MESES (ABRIL- MAYO) | ROTACION ESPECIAL | | Quemados- Diagnostico Por Imágenes Trasplante Inmunosuprimidos | | | |

III. 4.- CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA FORMATIVA

La unidad se compone del área de Cuidados Intensivos, destinada a la internación de pacientes que se encuentran en estado crítico actual o inminente, con posibilidad de recuperación parcial o total, proveyendo una atención médica multidisciplinaria e integral y de enfermería en forma permanente y constante, contando con equipos e instrumental que aseguran el adecuado control, vigilancia y monitoreo de tratamiento del paciente.

Esta planta responde al nivel 1 de categorización de la normativa propuesta.

El Servicios de Terapia Intensiva Pediátrica funciona en el Hospital Pediátrico Juan Pablo II perteneciente al servicio de salud, dependiente del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes.

Brindando en forma permanentemente los siguientes servicios:

- Cirugía y anestesiología pediátrica con guardia activa y pasiva las 24 hs.
- Neurocirugía: con guardia pasiva.
- Hemoterapia y banco de sangre a cargo de médico hemoterapeuta y con técnico de guardia las 24 hs.
- Radiología: cuenta con servicio de rayos central y equipo disponible para la Unidad. a cargo de médico radiólogo y con técnico de guardia las 24 hs.
- Tomografía computada: a cargo de médico especialista y con técnico de guardia las 24 hs.
- Laboratorio: dentro de la planta física de la Institución; está a cargo de un bioquímico y cuenta con técnico de guardia las 24 hs. Se realiza análisis de rutina, incluyendo gases en sangre y recepción de análisis bacteriológicos



- g) Endoscopia digestiva y respiratoria con guardias pasivas las 24 hs.
h) Capacidad de consulta con especialistas pediátricos acreditados por autoridad competente en las especialidades pediátricas básicas.

Cuenta con:

La Unidad Polivalente con un total de 10 camas de internación general y 4 habitaciones de aislamiento y 2 habitaciones de semi-aislamiento. Equipamiento para monitoreo hemodinámico, neurointensivo y respiratorio con paneles centrales de gases y tomas de corrientes con auxiliares según normas de complejidad nivel 1. Respiradores mecánicos de presión y volumétricos de última generación y cuatro (4) Respiradores de alta frecuencia (tres de ellos SLE 5000 y un sensor medics 3100 A). Equipo portátil de rayos X en la unidad. Ecografía, eco cardiografía, electrocardiografía, eco-doppler transcraneal y equipo de electroencefalograma portátiles en la misma.

Servicios auxiliares de apoyo dentro de la Unidad:

- Infectología: a cargo de Medico Infectólogo y enfermero que realiza control de Infecciones.
- Kinesiología crítica: a cargo de Jefe de Kinesiología, contando con cinco (cinco) kinesiólogos de planta, un kinesiólogo contratado y rotaciones de residentes de Kinesiología Pediátrica.

La Unidad de Cirugía Cardiovascular, se encuentra en el Instituto de Cardiología de Corrientes que cuenta con un área de cuidados intensivos para las cirugías de alta complejidad y la sala de internación general de cardiología.

La Unidad de Quemados se compone del área de cuidados intensivos, área de cuidados intermedio, y quirófano en la unidad.

-Recursos humanos

a) Médicos:

- Jefe de la Unidad.
- Médicos Pediatras con Especialidad en Terapia Intensiva Pediátrica.
- Médicos Residentes de Terapia Intensiva.
- Medico Instructor de la Residencia de Terapia Intensiva Pediátrica.
- Médico Especialista en Infectología Pediátrica.

b) Enfermería:

- Jefe de Enfermería.
- Enfermeros de planta.
- Enfermero de Control de Infecciones.

c) Kinesiología crítica

- Jefe de Kinesiología.
- Kinesiólogas de planta permanente y contratada.
- Instructor de Residencia de Kinesiología Pediátrica.
- Residentes de Kinesiología Pediátrica.

d) Departamento de Docencia y Capacitación

CONTRIBUYEN AL PLAN DE FORMACIÓN (Rotaciones Especiales):

- Servicio de Recuperación Cardiovascular Instituto de Cardiología de Corrientes. Instituto Favalaro, Hospital Italiano y Hospital Garrahan.
- Servicio de Terapia Intensiva Hospital Alejandro Posadas, Hospital Garrahan, y Hospital Italiano.
- Servicio de Quemados del Hospital Pediátrico Juan Pablo II.
- Servicio de Neurointensivismo Hospital Escuela J.F. de San Martín y Hospital Garrahan.

-Recursos Financieros

Los provenientes del Estado Provincial.



-El Sistema de Residencia tiene acceso a:

- Internet, bibliografía de la especialidad y/o base de datos sin costo para el residente.
- Aula que permita la realización de diversas dinámicas de grupo. Preferentemente con recursos didácticos que favorezcan la realización de estrategias de simulación, ateneo interdisciplinario, discusión de casos clínicos y clases.
- Condiciones de alojamiento para el residente durante el horario de trabajo: dormitorio, baño y comida.

Actividades formativas

Los residentes realizar las prácticas y procedimientos de la especialidad, durante el transcurso de su residencia, en forma supervisada, en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Las actividades formativas, acordes a la especialidad, en forma obligatoria son:

- Actividades teórico-prácticas. La residencia deberá contar como mínimo con 6 horas semanales para actividades de este tipo, que se desarrollarán con diversas estrategias, tales como: exposición teórica, discusión de casos, solución de problemas, construcción de problemas, mesas de debate, revisión de historias clínicas, etc., sobre los contenidos de la especialidad y sobre contenidos transversales.
- Ateneos bibliográficos, con búsqueda de artículos e interpretación de la bibliografía actualizada sobre temas determinados. Ateneos clínicos y anátomo-patológicos con discusión de casos, errores médicos y participación de otros especialistas. Se destinará por lo menos una hora por semana para su desarrollo.
- Trabajo de Investigación: Se exige como mínimo la redacción y la publicación de un (1) trabajo de investigación por residente durante el transcurso de su formación como especialista. Puede ser realizado en colaboración con los médicos de planta y preferentemente publicado en una revista con revisión por pares.
- Participación en Congresos de la especialidad, con presentación de trabajos científicos.
- Actividades de entrenamiento y desarrollo de habilidades invasivas: Los residentes observarán, asistirán y participarán con niveles de responsabilidad creciente y supervisión docente en cada uno de los procedimientos desarrollados en los bloques curriculares.
- Supervisión estructurada y diaria del cuidado de los pacientes.

Estas actividades se desarrollan en presencia de especialistas con funciones docentes para su desarrollo.

Evaluación de los residentes

El sistema de evaluación del desempeño de los residentes, contempla como mínimo los siguientes momentos:

- Evaluación formativa con registro periódico (mensual o trimestral).
- Evaluación anual integradora.
- Evaluación post rotación.
- Evaluación final de la residencia.

Condiciones de contratación mínimas

-Contratación Básica: Beca de formación, con aportes a la seguridad social y ART.

Los residentes deberán encuadrarse en el Régimen de Licencias y Franquicias según corresponda. La institución deberá asumir la responsabilidad de garantizar la formación por los años que dure la residencia o instrumentar los medios para que los residentes completen su formación. Esta obligación deberá estar plasmada en un documento legal que represente la voluntad de las dos partes.



REGLAMENTACION DEL SISTEMA DE RESIDENCIAS

- Funciones y Obligaciones de los Residentes:
Pueden consignarse aquellos explícitos en el reglamento de residentes. Cap. VII de la Res. N°1182/01, u otros establecidos por el Servicio, Departamento formador o la Dirección del Hospital.
- Atenderán a todo lo prescrito en la Resol. N° 1182/01 y el anexo 1. Reglamento Administrativo del sistema de Residencias de Salud de la Provincia. de Corrientes.
- Todo Residente, una vez que ha sido incorporado al sistema se someterá a un examen médico psicofísico completo, por personal de Medicina Laboral y enviado por el Centro Provincial de Reconocimiento Médicos.
- Los Residentes de 2do. Año podrán concurrir a cursos y reuniones científicas con la aprobación del jefe respectivo y de la dirección del hospital, cuando ello implique la ausencia a sus tareas habituales.
- Todo Residente, para su promoción deberá indefectiblemente:
 - 1) Participar del 85% de las actividades científicas y asistenciales incluidas en el plan de formación.
 - 2) Aprobar las evaluaciones que se efectúen durante el proceso de formación.
- El régimen de licencia por vacaciones será el siguiente:
1er. Año: 15 días corridos en verano.
2do. Año: 21 días corridos en verano.
Instructor: 21 días corridos en verano.
- En caso de que desde los organismos oficiales modifiquen los términos anteriormente expresados, se ajustará a la norma que se encuentre vigente.
- Deberá contar con Seguro de Mala Praxis y póliza de cuota mensual paga.

Licencias extraordinarias por:

- 1) Fallecimiento de familiar directo (madre, padre, cónyuge, hijo y hermanos) 5 (cinco) días hábiles.
 - 2) Matrimonio: corresponde 15 días corridos de licencia que podrá utilizar dentro de los 15 días anteriores o 30 días posteriores a la fecha del matrimonio.
 - 3) Enfermedad del agente: corresponderá 30 días en el curso del año.
 - 4) Maternidad: 60 días corridos, de los cuales 30 días previos y 30 días después.
 - 5) Lactancia: dispondrá al comienzo o al final de la jornada de 1 hora para el cuidado de su hijo; esta franquicia se acordará por 90 días corridos a partir de la fecha del nacimiento.
- Todo residente que no cumpla con el requisito de asistencia del 85% a las actividades programadas quedará fuera del sistema de formación.
 - Tiene derecho a una comida diaria en el hospital (almuerzo) excepto el día de guardia en el cual se le dará almuerzo y cena.
 - Todo hecho en el que intervenga el residente que adquiera o pueda adquirir características médico-legales será comunicado de inmediato al superior jerárquico correspondiente.

EVALUACION

Es de carácter individual y obligatorio, se tiene en cuenta el desenvolvimiento en las tareas diarias en las distintas áreas. Se realizará una evaluación parcial en cada módulo teórico y al cabo del primer año y una evaluación final bianual, conforme a la normativa vigente

Presentación de una monografía o trabajo de investigación en la especialidad.

Se tienen en consideración:

- Historia clínica.



- Semiología.
- Habilidades y destrezas.
- Criterio clínico.
- Relación y compromiso con el paciente.
- Información.
- Actitud hacia el aprendizaje.
- Trabajo en equipo.
- Trabajo en guardia.
- Actitud docente.
- Asistencia.
- Puntualidad.
- Coordinación de grupo.

Calificación:

Cada ítem anteriormente nombrado se calificará con un puntaje que podrá variar del número 1 al 10, luego se efectuará su promedio.

Interpretación de las calificaciones:

Insuficiente: menor de 7, no cubre los requerimientos mínimos

Suficiente: entre 7 – 8, cubre los requerimientos mínimos

Sobresaliente: mayor de 8, hace más de lo esperado

Evaluación Numérica

Correspondiente al Dr: _____, durante su entrenamiento en la especialidad de Terapia Intensiva Pediátrica.

| Periodo | | Calificación Numérica |
|-------------|-------------|-----------------------|
| Primer año | Junio /Mayo | |
| Segundo año | Junio /Mayo | |

ESCALA DE CALIFICACION

- 0 – 6 = Malo
- 7 = Aprobado
- 7 a 8 = Bueno
- 9 = Muy Bueno
- 10 = Sobresaliente

La calificación mínima para aprobar los módulos, o ser promovido al período siguiente es de 7(siete).



CALIFICACION CONCEPTUAL

Corresponde a los periodos académicos anotados y emitidos por el comité de promociones del servicio, integrado por el jefe, los docentes asociados y los médicos de planta.

Planilla de Evaluación

| 1. Responsabilidad | | 1 año | 2 año |
|--------------------|---|-------|-------|
| a) | Es responsable, criterioso y consulta adecuadamente. | | |
| b) | Es responsable, pero poco criterioso y consulta en exceso. | | |
| c) | Delega la responsabilidad en otros, sin asumir compromisos. | | |
| d) | Es poco responsable, inseguro y además consulta poco. | | |

| 2. Interés por aprender | | 1 año | 2 año |
|-------------------------|--|-------|-------|
| a) | Motivado, inquieto, utiliza todos los medios para aprender. | | |
| b) | Buena receptividad, la aprovecha adecuadamente, muestra interés por nuevos conocimientos pero con poco esfuerzo personal | | |
| c) | Actitud pasiva, poco motivado no demuestra aprovechamiento ni interés de lo que se le brinda | | |
| d) | Actitud negativa frente al aprendizaje, subestima las enseñanzas | | |

| 3. Capacidad | | 1 año | 2 año |
|--------------|-----------|-------|-------|
| a) | Muy buena | | |
| b) | Buena | | |
| c) | Regular | | |
| d) | Mala | | |

| 4. Criterio Clínico | | 1 Año | 2 Año |
|---------------------|--|-------|-------|
| a) | Buena elaboración de planteos diagnósticos, es seguro y realiza las consultas adecuadas | | |
| b) | Buena elaboración de planteos diagnósticos, requerimientos excesivos exámenes complementarios e interconsultas | | |
| c) | Dificultades para elaborar planteos diagnósticos, pero buena disposición para aceptar asesoramiento | | |
| d) | Elabora planteos diagnósticos imprecisos, poco criterio para pedir ayuda | | |

| 5. Capacidad para efectuar procedimientos | | 1 Año | 2 Año |
|---|-----------|-------|-------|
| a) | Muy buena | | |
| b) | Buena | | |
| c) | Regular | | |
| d) | Mala | | |



| 6. Relaciones Humanas. Trabajo en equipo | | 1 año | 2 Año |
|---|-------------------------|-------|-------|
| a) | Participa y motiva | | |
| b) | Participa activamente | | |
| c) | Participa pasivamente | | |
| d) | No participa o perturba | | |

| 7. Relaciones con el enfermo | | 1 Año | 2 Año |
|-------------------------------------|-----------|-------|-------|
| a) | Buenas | | |
| b) | Regulares | | |
| c) | Malas | | |

| 8. Cumplimiento. Asistencia | | 1 Año | 2 Año |
|------------------------------------|-----------|-------|-------|
| a) | Muy bueno | | |
| b) | Bueno | | |
| c) | Regular | | |
| d) | Malo | | |

| 9. Cumplimiento. De Ordenes | | 1 Año | 2 Año |
|------------------------------------|----------------------------------|-------|-------|
| a) | Cumple las ordenes impartidas | | |
| b) | Cumple las ordenes con lentitud | | |
| c) | Cumple las ordenes con desgano | | |
| d) | No cumple las ordenes impartidas | | |

| 10. Actitud hacia el grupo | | 1 año | 2 Año |
|-----------------------------------|----------------------|-------|-------|
| a) | Líder del grupo | | |
| b) | Coordina activamente | | |
| c) | Coordina pasivamente | | |
| d) | No coordina | | |



BIBLIOGRAFIA

1. Curso Superior de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva Pediátrica.
2. PROTIPED (Programa de Actualización en Terapia Intensiva Pediátrica)
3. Cuidados Intensivos Pediátricos- Francisco Ruza Tarrío y col.
4. Terapia Intensiva de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva- autores Guillermo R. Chiappero, Julio A. Farias, Bernardo C. Maskin, Jorge A. Neira, Fernando Palizas, Ignacio J. Previgliano, Fernando Villarejo.
5. Ventilación Mecánica- Libro del comité de Neumonología Critica de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI)- Autores: Guillermo R. Chispero, Francisco Villarejo
6. Medicina Critica Practica- Ventilación Artificial en el Niño Críticamente Enfermo- Autor: Vicent Modesto I. Alapont
7. El Niño Politraumatizado- Evaluación y tratamiento- Autores: J. Casado Flores y col.
8. Neurointensivismo Basado en evidencia- Autor: Ignacio J. Previgliano
9. Guías para el Manejo Médico en la etapa aguda del Traumatismo Encefalocraneano Grave en Infantes, Niños y Adolescentes- Autores: P. David Adelson, Susan L. Brattan, Nancy A. Corney, Randall M. Chesnut, Hugo E. M. de Coudray, Brahm Goldstein, Patrick M. Kochanek, Helen C. Miller, Michael D. Partington, Nathan R. Seldon, Craig R. Warden, David W. Wright
10. Traumatismo encefalocraneano grave- Autores : A. Net, L. Marruecos Sant
11. Perioperatorio cardiovascular Pediátrico- Autor: Edgardo Bonille.
12. Soporte Vital Avanzado Pediátrico- American Heart Association
13. Cardiorespiratorio Pediátrico- Fisiología y Decisiones- Autor: Edgardo Bonille
14. Pediatric Critical Care- Autores: Bradley P. Fuhrman, Jerry Zimmerman
15. Cardiología Perinatal- Autor: Felipe Jorge Somoza y col.
16. Pediatric Cardiac Intensive care- Autores: Anthony c Chang y col.
17. Neonatología Quirúrgica- Autores Marcela Martínez Ferro y col.

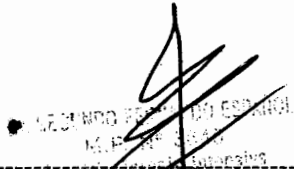


HOSPITAL PEDIATRICO "JUAN PABLO II"
 Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos
 Av. Artigas N° 1435 - 3400 Corrientes
 Tel. (03794) 475300 al 304 / Fax: 475306

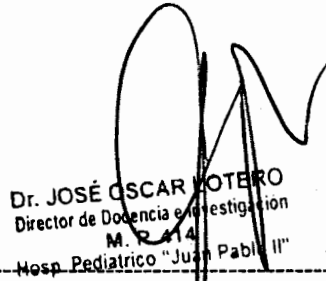



BIBIANA J. RIGNONATTO
 MEDICINA PEDIÁTRICA
 M.P. 1431

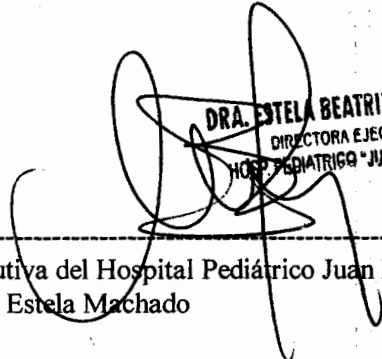
 Instructora de la Residencia de UTI Pediátrica
 Hospital Pediátrico Juan Pablo II
 Dra. Bibiana J. Rignonatto


 MEDICINA PEDIÁTRICA
 M.P. 1431

 Jefe de Servicio de UTI Pediátrica
 Hospital Pediátrico Juan Pablo II
 Dr. Segundo Fernando Español


 Dr. JOSÉ OSCAR LOTERO
 Director de Docencia e Investigación
 M.P. 1431
 Hosp. Pediátrico "Juan Pablo II"

 Director de Docencia e Investigación
 Hospital Pediátrico Juan Pablo II
 Dr. Oscar Lotero


DRA. ESTELA BEATRIZ MACHADO
 DIRECTORA EJECUTIVA
 HOSP. PEDIATRICO "JUAN PABLO II"

 Directora Ejecutiva del Hospital Pediátrico Juan Pablo II
 Dra. Estela Machado