

En búsqueda de estándares mínimos para acceder a la acreditación de una residencia en clínica pediátrica

*Subcomisión de Acreditación de Residencias de la Sociedad Argentina de Pediatría**

En 1997, la Sociedad Argentina de Pediatría comenzó el Programa de Acreditación de Residencias con el objeto de contribuir a asegurar la calidad de la enseñanza de la pediatría en el posgrado inmediato.

En 2001, la Subcomisión de Acreditación de Residencias de la Sociedad Argentina de Pediatría emitió un informe.¹ En el mismo, además de resumir los resultados de sus primeros tres años de labor, se planteaba la necesidad de establecer estándares mínimos precisos para otorgar la acreditación.

Este documento intenta avanzar en ese sentido, utilizando en parte la información obtenida en cinco años de actividad de la Subcomisión.

Debe dejarse claramente sentado que los requisitos planteados, aunque amplios, representan un mínimo, confiando que el continuo perfeccionamiento del sistema los posicionará en el nivel que asegure el mejor sistema de formación de posgrado en pediatría.

Sede

Cada institución sede de un programa de residencia de Clínica Pediátrica deberá asegurar los recursos necesarios para lograr la adecuada formación de los residentes, sea por contar con ellos o por suscribir los acuerdos necesarios con otras instituciones. En todos los casos, estos acuerdos deberán ser formales, especificando los alcances de la colaboración.

Es fundamental que la institución asista un mínimo de sujetos de manera de garantizar que los residentes puedan tomar contacto con la mayor cantidad de situaciones que representen el amplio arco del proceso salud-enfermedad en pediatría. En tal sentido, la sede deberá garantizar (con estructura propia o por convenio con otra institu-

ción) por residente, un mínimo de 4 camas de dotación de internación indiferenciada pediátrica, 1 cama de dotación de cuidados intensivos pediátricos, 125 egresos pediátricos anuales, 120 partos anuales, 1.250 consultas externas pediátricas anuales (incluye demanda espontánea, programada, control de salud y especialidades) y 450 consultas pediátricas en emergencias anuales.

Cuando se deba recurrir a otra institución para cubrir los requisitos del programa (por ejemplo: cuidados intensivos, partos), las cifras antes mencionadas están relacionadas con el número de residentes que se encuentren efectivamente en el sector mencionado.

Las sedes deberán contar con una infraestructura mínima propia que asegure que los residentes puedan participar diariamente en la resolución inmediata de las situaciones más frecuentemente planteadas. Esto implica contar con radiología y laboratorio las 24 horas y microbiología en horario ampliado. De igual forma, deberá contar durante las 24 horas con acceso a otros auxiliares de diagnóstico como tomografía computada y resonancia magnética.

Las sedes deberán garantizar, por los medios con que cuente, el acceso a la interconsulta pertinente de manera efectiva y oportuna, toda vez que este mecanismo es una valiosa herramienta para la capacitación de los profesionales.

Recursos humanos

La sede debe contar con los recursos humanos necesarios que garanticen que los integrantes del programa de residencia puedan cumplir con su programa de capacitación en forma cabal y no se conviertan en los principales responsables de evacuar la demanda de asistencia de

* Fernando Ferrero,
Ana Ceballos,
Mario del Barco,
Ricardo Diumenjo,
Eduardo Echezarreta,
Eduardo Imach,
Jorge Mera,
Mario Rentería,
Luis Urrutia,
Carlos Wahren,
Horacio Yulitta.

la institución. En todo momento se debe recordar que la capacidad de asistencia de la institución debe estar garantizada por un número adecuado de profesionales, independientemente de los residentes con que cuente. A tal fin, cada sede deberá contar al menos con dos médicos de planta permanente por cada residente y no menos del 50% de ellos deberá estar certificado como tal; es deseable que en breve plazo esta exigencia alcance a la totalidad de los profesionales. La carga horaria promedio de los médicos de planta no debe ser inferior a 24 horas semanales.

Asimismo, deberá contar con profesionales dedicados específicamente al programa de residencia, secundando directamente al director o responsable, supervisando el programa de capacitación. Es deseable que las instituciones cuenten con estos instructores de residentes en un número no inferior a 1 cada 20 residentes. Aunque estos profesionales pueden compartir su actividad con otras dentro de la institución, es deseable que su dedicación sea exclusiva, a tiempo completo y adecuadamente remunerada.

La institución deberá garantizar que el resto del personal colabore activamente en la capacitación de los residentes.

Cada programa deberá contar con el apoyo de personal administrativo que se haga cargo de los aspectos específicos, de manera de permitir que los residentes apliquen su dedicación a las actividades de capacitación que son fundamento de la residencia.

Las residencias deberán establecerse en instituciones que cuenten con comités de Docencia e Investigación, cuyos miembros certifiquen una adecuada trayectoria académica y profesional.

Cada Programa de Residencia deberá contar con un director o responsable, quien deberá acreditar certificación de la especialidad y adecuada trayectoria académica y profesional.

Residentes

Cada residencia debe contar con un mínimo de residentes que justifique al sistema como tal, garantice su funcionamiento operativo y le brinde identidad propia. A tal efecto, el programa deberá contar con 2 residentes por año o un total de 8 residentes como mínimo. Estos deberán selec-

cionarse por un mecanismo que garantice que cuentan con los conocimientos mínimos indispensables para encarar el programa de capacitación de posgrado que iniciarán.

Debido a las particulares características de este programa de capacitación, es imprescindible que se cuente con profesionales que conduzcan directamente las actividades. Esta figura será la del Jefe de Residentes, estableciéndose un mínimo de 1 cada 10 residentes; este cargo debe ser rentado, con horario igual al de los residentes y con dedicación exclusiva. El Jefe de Residentes será un profesional que ha cumplido recientemente el ciclo completo de la Residencia, elegido preferentemente de entre los que hayan terminado el mismo programa. Independientemente del método empleado para su selección, la institución deberá garantizar que cuente con sólidos conocimientos, intachables principios éticos, buenas evaluaciones durante su residencia, capacidad de conducción de grupos, aptitudes para la organización de las actividades, buena predisposición para la transferencia de conocimientos y buen concepto entre sus pares y superiores.

Programa

Cada residencia deberá contar con un programa educacional detallado, especificando los objetivos a alcanzar en cada instancia, los contenidos respectivos, las actividades necesarias y el sistema de evaluación y promoción. El mismo deberá estar a disposición de los residentes.

De igual forma, cada institución sede deberá contar con criterios de diagnóstico y tratamiento (normas); éstas pueden ser propias o adoptar las originadas en instituciones científicas o asistenciales de reconocido prestigio. El material deberá estar a disposición de los residentes en forma permanente.

Es deseable que cada residencia cuente con un reglamento interno escrito y a disposición de los residentes, donde se especifiquen todos los aspectos inherentes a la misma (rotaciones, licencias, evaluaciones, horarios, etc.).

Actividades de los residentes

Los programas de residencia de clínica pediátrica deben garantizar la capacitación global del pediatra, con especial énfasis en

aquellas áreas que tengan más impacto en la salud infantil. A tal fin se deberá contemplar la rotación de los residentes por diferentes áreas de manera planificada.

En este sentido, el programa deberá contemplar actividades en consulta externa* (30-40%), internación (30-35%), cuidados intensivos (5-10%), neonatología** (5-10%) y especialidades pediátricas (10-15%).

Guardias

Las actividades de guardia son una parte fundamental del aprendizaje de los médicos de reciente graduación. El número de guardias mensuales a efectuar deberá encontrarse entre el mínimo que garantice una adecuada formación y el máximo que no impacte negativamente en la capacidad de los participantes. A tal fin se establece un mínimo de 4 y un máximo de 8 guardias mensuales, expresados como promedios anuales.

Al igual que todas las actividades de los residentes, las de guardia también deberán contar con la adecuada supervisión en forma permanente.

Actividades docentes sistemáticas

El programa de capacitación deberá contar con actividades docentes sistemáticas planeadas, preferentemente en forma anual. Estas incluyen: clases teóricas, pases, ateneos (clínicos y anatomoclínicos), discusiones bibliográficas.

Recursos auxiliares docentes

Las sedes deberán contar con los recursos auxiliares que garanticen una adecuada capacitación y actualización de los conocimientos. En tal sentido, deberá contar con aulas y los elementos auxiliares correspondientes. Los residentes deberán contar con acceso a una biblioteca actualizada y es altamente deseable que cuenten con acceso a internet en forma permanente.

(*) Es conveniente que la actividad incluya consultorios de promoción y protección de la salud, consultorios de demanda espontánea y centros de salud.

(**) Debe contemplar especialmente la atención del recién nacido normal.

Evaluaciones

Toda vez que la residencia es una instancia de capacitación, la misma deberá contar con un programa de evaluación de los participantes.

Los residentes deberán contar con una evaluación conceptual al finalizar cada rotación donde conste su desempeño, teniendo en cuenta las características propias de cada una de ellas. También se llevarán a cabo dos evaluaciones formales al año; las mismas podrán estructurarse en el sistema de elección múltiple aunque es deseable que se incluya resolución de problemas.

Al finalizar cada año, las instancias evaluadoras emitirán un concepto final, donde consten las evaluaciones de las rotaciones y las evaluaciones formales del año.

Los jefes de servicio, instructores de residentes y jefes de residentes deberán participar necesariamente en la evaluación de los residentes.

Los programas deberán establecer instancias de autoevaluación que incluyan el grado de satisfacción de los participantes.

Bienestar

Debido a que la residencia es una actividad de tiempo completo, es imprescindible que el programa contemple una remuneración razonable que permita a los residentes dedicarse plenamente a él. De igual forma, los residentes deberán contar con cobertura social.

Es deseable que la organización del programa cubra con seguro de responsabilidad profesional a los residentes, teniendo en cuenta que por la carga horaria su exposición a situaciones de riesgo es mayor que otros profesionales.

El organizador del programa arbitrará los medios para que los residentes cuenten con un área de descanso e instalaciones sanitarias adecuadas.

Debido a que el programa requiere una permanencia prolongada del residente en la institución, se le deberá proveer la alimentación correspondiente.

Comentario

Como se refiere al inicio de este documento, este es un paso más en el asegura-

TABLA 1. Sugerencia de elementos mínimos a considerar para la acreditación de una residencia de clínica pediátrica

Elemento	Pertenencia	Disponibilidad
Camas de dotación de internación indiferenciada pediátrica/residente	Propio	4
Camas de dotación de UCI pediátrica/residente	Propio/Externo	1
Egresos pediátricos anuales/residente	Propio	125
Partos anuales/residente	Propio/Externo	120
Consultas pediátricas externas anuales/residente	Propio	1.250
Consultas pediátricas en emergencias anuales/residente	Propio	450
Radiología	Propio	24 hs
Laboratorio	Propio	24 hs
Microbiología	Propio	Horario ampliado
Tomografía computada	Propio/Externo	24 hs
Ecografía	Propio/Externo	24 hs
Acceso a la interconsulta	Propio/Externo	24 hs
Médicos de planta permanente/residente (no menos del 50% de ellos deberá estar certificado)	Propio	carga horaria promedio \geq 24 horas semanales
Instructores de residentes (cada 20 residentes)	Propio	Tiempo completo y rentado (deseable)
Comités de Docencia e Investigación	Propio	
Director del Programa (deberá tener certificación de la especialidad y adecuada trayectoria académica y profesional)	Propio	1
Residentes por año	Propio	2
Residentes totales	Propio	8
Selección para el ingreso	Propio/Externo	
Jefes de residentes (cada 10 residentes)	Propio	Tiempo completo, dedicación exclusiva y rentado
Programa educacional detallado	Propio/Externo	Deberá estar a disposición de los residentes
Criterios de diagnóstico y tratamiento	Propio/Externo	Deberá estar a disposición de los residentes
Reglamento interno escrito	Propio	Deberá estar a disposición de los residentes
Rotaciones (%)		
Consulta externa	Propio	30-40
Internación	Propio	30-35
Cuidados Intensivos	Propio/Externo	5-10
Neonatología	Propio/Externo	5-10
Especialidades	Propio/Externo	10-15
Guardias/mes		
Mínimo		4
Máximo		8
Actividades docentes sistemáticas		Planeadas anualmente
Clases teóricas "pases"		
Ateneos clínicos		
Ateneos anatomoclínicos		
Discusiones bibliográficas		
Auxiliares docentes		
Aulas	Propio	Horario ampliado
Elementos auxiliares	Propio	
Biblioteca	Propio/Externo	
Acceso a internet	Propio/Externo	
Evaluación anual del programa		1
Evaluación de los residentes		
Evaluación conceptual de cada rotación	Propio/Externo	1
Evaluación formal (por año)	Propio	2
Bienestar		
Remuneración razonable		
Cobertura social		
Seguro de responsabilidad profesional		
Área de descanso		
Alimentación		

miento de la calidad de la enseñanza de posgrado en pediatría. De la experiencia de la Subcomisión de Acreditación de Residencias, el aporte de otros organismos involucrados en el tema y la necesaria retroalimentación del proceso, surgirán las actualizaciones y modificaciones que hagan cada día más eficiente el sistema.

Agradecimiento

A la Lic. Amanda Galli, por la revisión

crítica del manuscrito.

A las Dras. Carolina Venialgo y Paz Molina del Grupo de Trabajo de Pediatras Jóvenes, por su aporte en la redacción de este manuscrito.

REFERENCIAS

1. Subcomisión de Acreditación de Residencias, Sociedad Argentina de Pediatría. Evaluación del primer ciclo de acreditación de residencias. Arch. argent. pediatr. 2001; 99(6):542-544.

Hace 50 años (marzo 1954) en Archivos Argentinos de Pediatría

ASMA INFANTIL

Dr. A. Vidal Freyre

Resumen

El objeto de esta comunicación es el de someter a la consideración de los colegas de la especialidad mi experiencia de varios años, sobre un tema viejo, pero siempre de actualidad. Nuevos enfoques sobre patogenia y tratamiento se han realizado estos últimos tiempos, con evidente beneficio para los pacientes, pero aún no se ha dicho la última palabra.

El A.C.T.H., la cortisona, la mostaza nitrogenada, los antibióticos por las diversas vías o en forma de aerosoles, la broncoscopia y broncoaspiración; un mayor conocimiento anatómico y funcional del aparato respiratorio, con concepciones nuevas etipatogénicas; el estudio de los factores psíquicos, los problemas de conducta, los trastornos del ritmo cerebral y por ende, la utilización de las drogas anticonvulsivantes, son progresos reales en el tratamiento de esta afección.

El estudio de los factores endocrinos y metabólicos y de los iones como el K., justifican que llame la atención sobre el Mg (sulfato y bromuro); su real eficacia y los diversos interrogantes que plantea su mecanismo de acción. Además, utiliza como medicación desensibilizante inespecífica polivacuna y proteinoterapia, modificando su acción con el agregado de magnesio solo o con efedrina. Creemos que en los niños es muy importante la infección focal de senos, amígdalas y adenoides. Utilizamos en forma casi sistemática azufre, yodo, arsénico y vitamina A, ésta en altas dosis. Combatimos la insuficiencia respiratoria con gimnasia, kinesiiterpia y natación.

Creemos con Escardó, que el estudio del niño asmático debe hacerse en forma integral y proceder en consecuencia, tratando todos los factores capaces de provocar y sostener las crisis y al mismo tiempo, hacer lo posible para modificar en sentido favorable la personalidad psíquica y física.

Volviendo al Mg., recordaremos que éste circula en la sangre en forma libre y combinada. Se ingiere por medio de las sales orgánicas contenidas en los vegetales, que protegidas por la celulosa se liberan en el colon. El jugo gástrico transforma las sales ingeridas en libertad en cloruros, que no se absorben por ser inorgánicos y tener acción laxante.

Robinet llamó la atención sobre la importancia de la riqueza en Mg de los suelos. Delbet y Robinet y luego Delbet con Depeyre y Heinemann demostraron que cuando más pobre es la tierra en Mg, mayor es el número de cancerosos. Proponen como medida profiláctica abonar los suelos con este metal y no con K., por ser éste conerígeno.

Para algunos la hiperpotasemia condiciona reacciones alérgicas y la hipomagnesemia también. El incremento de las enfermedades alérgicas, ¿no estará entonces en relación con la mayor pobreza de los suelos en Mg y el aumento del K.?