

2025

**Servicio de Pediatría.
HGUA**

Libro de Residentes

PLAN DOCENTE



[LIBRO DEL RESIDENTE]

Fecha de aprobación: octubre de 2025

Fecha de implementación: octubre de 2025

Fecha prevista de revisión: cada año (en cada nueva incorporación de Residentes)



ÍNDICE:

- I. Introducción
- II. Legislación básica
- III. Organización del Servicio
- IV. Tutores de pediatría y representante de residentes.
- V. Responsabilidad progresiva
- VI. Aspectos laborales
- VII. Aspectos docentes
- VIII. Aspectos científicos
- IX. Tablas de Rotatorios
- X. Anexos

CUADERNILLO DEL RESIDENTE DE PEDIATRÍA

Hospital General Universitario de Alicante

CURSO 2025-2026

I. Introducción

El Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario de Alicante Dr Balmis (HGUA) cuenta 27 médicos residentes: 3 promociones de 7 residentes y 1 promoción de 6 residentes (desde el año 2023 son 7 por año). La integración de los médicos en formación en el Servicio, garantizando tanto sus necesidades docentes como las asistenciales del hospital y de los usuarios, es una tarea ardua y sometida a continua revisión.

Los residentes de Pediatría deben realizar una actividad profesional en la que adquieran progresivamente un nivel de responsabilidad y capacitación que les habilite para ejercer de manera competente al terminar los cuatro años de formación. Por lo tanto, su actividad deberá ser supervisada de manera decreciente, siendo especialmente estrecha en los primeros años.

En todos los casos, se espera que participen activamente en la atención de los pacientes, que obedezcan las indicaciones de los facultativos de cada unidad y que consulten todas las dudas y todas las decisiones en las que lo necesiten. La atención al mayor número de pacientes posible, la asunción progresiva de responsabilidades y la ampliación de los conocimientos mediante el estudio, la asistencia a sesiones y la consulta con los especialistas del servicio son las claves que garantizan el mejor aprovechamiento y la formación adecuada durante el periodo de residencia. Todos los residentes pueden ser grandes profesionales en pocos años. Aunque la formación no termina con la etapa de la residencia, ésta constituye el cimiento sobre el que se puede desarrollar todo el potencial que cada uno de los residentes posea.

Un aspecto fundamental y novedoso en esta etapa es el de las relaciones humanas en el ámbito profesional. El trato con pacientes, con médicos del propio servicio y de otros, con compañeros residentes, con el personal de enfermería y con el personal no sanitario tiene peculiaridades que han de aprenderse y cuidarse. En el mundo profesional todos trabajamos de manera integrada en la resolución de los problemas. Desarrollar habilidades de comunicación adaptadas a cada circunstancia, respetar a los compañeros y a los profesionales de otros ámbitos, y hacer valer las propias opiniones de manera educada y razonada constituyen algunos de los puntos más delicados de la formación. La habilidad en el trato con los demás es una condición básica en el éxito laboral y profesional, y debe aprenderse y desarrollarse también durante este periodo.

Es un tiempo intenso y duro. Nunca lo olvidaréis. Esperamos que vuestra ilusión y vuestro sentido común llenen los huecos que iréis encontrando en este camino no del todo fácil. Buscar ayuda cuando lo preciséis y prestarla cuando os la soliciten. Vuestro mejor aval será el prestigio que consigáis como compañeros y como profesionales, y la mejor recompensa la propia satisfacción del trabajo bien hecho. Os animamos a conseguirlo.

II. Legislación y normativa básica de ámbito estatal y autonómico

- DECRETO 137/2003, de 18 de julio, del Consell de la Generalitat, por el que regula la jornada y horario de trabajo, permisos, licencias y vacaciones del personal al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Generalitat dependientes de la Conselleria de Sanidad. (DOCV 24/7/2003).
- ORDEN SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas. (BOE 14/10/2006).
- REAL DECRETO 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. (BOE 7/10/2006).
- Decreto 74/2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana.
- REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. (BOE 21/2/2008).
- Orden 27 de Febrero de 2009, del Conseller de Sanitat, por la que se regula el procedimiento para la autorización de rotaciones externas de los especialistas en formación en Ciencias de la Salud de la Comunitat Valenciana.
- Orden del 1 de Marzo del 2011 del Director Gerente de la Agencia Valenciana de Salud de Instrucciones Complementarias de la Resolución del 13 de Enero del 2010 por el que se establecen nuevas condiciones en la prescripción y entrega de recetas médicas oficiales de la CONSELLERÍA de Sanidad.

III. Organización del Servicio de Pediatría

Las Salas de Hospitalización se ubican en las plantas 4ª y 5ª de la Torre D y las Consultas en la 1º y 4º planta de dicha torre y en la planta baja del Edificio de Consultas Externas anexo al Hospital.

Se dispone de 84 camas, cunas o incubadoras, un Área de Urgencias Pediátricas y un Área de Consultas Externas.

- **Personal facultativo del Servicio:**

Jefe de Servicio: Dr. Javier González de Dios

Jefes de Sección: Neonatología (Dra. Caridad Tapia Collado.) y Oncología Pediátrica (Dra. María Tasso).

Coordinadores: Urgencias de Pediatría (Dr. Marco Gómez), UHD Pediátrica (Dra. Ester Pérez), Transporte neonatal (Dra. Neus Jordá)

42 Pediatras de Departamento

3 Médicos de Familia

1 Psicóloga Clínica.

27 Médicos Residentes de Pediatría.

- **UNIDADES CLÍNICAS**

- **Sección de Neonatología (Unidad de Referencia nivel III-b)**

Pediatras: 11 (1 Jefe de Sección y 10 Adjuntos)

La unidad consta de 12 camas de cuidados intensivos y 24 de cuidados intermedios.

- **Sección de Oncología Pediátrica (Unidad de Referencia provincial)**

Pediatras: 5 (1 Jefe de Sección y 5 Adjuntos).

Consta de 8 camas de hospitalización, hospital de día y consultas externas.

- **Unidad funcional Lactantes - Escolares**

Pediatras: 4.

Lactantes: Cunas 20. Coordinadora: Dra. Mª Carmen Vicent

Escolares: Camas 14. Coordinador: Dr. Pedro Alcalá

- **Unidad de Urgencias Pediátricas**

Médicos de Familia 3, Pediatra 5

Coordinador: Dr. Marco Gómez

Dispone de 4 boxes, área de observación, sala de extracciones y sala de reanimación.

- **Unidad de Hospitalización a Domicilio-Cuidados Paliativos (Unidad de Referencia provincial)**

Pediatras: 3

Coordinadora: Dra. Ester Pérez

- **Unidad de Cardiología Pediátrica.**

Pediatras: 2.

Coordinador: Dr. Ismael Martín

- **Unidad de Neurología Pediátrica.**

Pediatras: 2.

Coordinador: Dra. Rocío Jadraque

- **Unidad de Endocrinología Pediátrica.**

Pediatras: 2

Coordinador: Dra. Lorea Ruiz

- **Unidad de Nefrología Pediátrica**

Pediatras: 1

Coordinador: Dra. Julia Tapia

- **Unidad de Neumología/Alergia Pediátrica.**

Pediatras: 2

Coordinador: Dr. Luis Moral

- **Unidad de Gastroenterología Pediátrica**

Pediatras: 2.

Coordinador: Dr. Óscar Manrique

- **Unidad de Reumatología Pediátrica**

Pediatras: 1.

Coordinador: Dra. Conchi Ruipérez

- **Unidad de Pediatría General**

Pediatras: 1.

Coordinador: Dr. Francisco Sánchez

- **Unidad de Psicología Infantil.**

Psicóloga: 1.

Inmaculada Palazón

- **Unidad Polivalente de Pediatría Externa- Hospital de Día.**

Atendida por enfermería para procedimientos programados.

V. Responsabilidad progresiva del Residente de Pediatría

El sistema formativo de residencia implica la asunción progresiva de responsabilidades y un nivel decreciente de supervisión, conforme se avanza en la adquisición de las competencias previstas, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista.

De acuerdo con la normativa vigente, el Servicio de Pediatría considera que la responsabilidad progresiva del residente debe seguir las etapas que se indican a continuación:

- ✓ Primer año: durante este periodo será precisa la supervisión directa de los actos médicos y el visado de todos los documentos asistenciales (especialmente ingresos, altas y todos los documentos con repercusión legal).

Las rotaciones estarán dirigidas a tomar contacto con las áreas hospitalarias básicas (Urgencias, Neonatología, Lactantes y Escolares), así como con Atención Primaria, con el fin de familiarizarse con el funcionamiento del Servicio y del Hospital y adquirir una visión global de la pediatría.

Al terminar este año deberán ser capaces de tomar decisiones propias en el área de Urgencias y de Hospitalización del servicio.

- ✓ Segundo año: durante el mismo los actos del residente requerirán una supervisión diferida (es decir, podrá tomar decisiones en aspectos banales, pero deberá consultar todos los actos médicos que tengan cierta complejidad).

Durante este año deben alcanzar la capacitación básica para realizar guardias en el área de Neonatología.

- ✓ Tercer año: el residente podrá tomar la mayor parte de las decisiones de forma autónoma, aunque deberá consultar todas las cuestiones que le planteen dudas. La responsabilidad por sus actos será plena, salvo que haya consultado con un especialista que le haya indicado la actuación a realizar o haya dado el visto bueno a sus actos.

Al terminar este año debe ser capaz de realizar la mayor parte de los actos médicos habituales en jornada ordinaria y atención continuada.

- ✓ Cuarto año: el residente actuará de manera más autónoma, con responsabilidad plena por los actos no consultados con un especialista.

Al acabar este año obtendrá el título que le acredita como especialista y, como tal, deberá ser capaz de trabajar autónomamente sin ningún tipo de supervisión.

VI. Aspectos laborales

1.- Jornada laboral

El horario ordinario de trabajo es de lunes a viernes de 8-15 horas. La formación mediante residencia es incompatible con cualquier otra actividad profesional.

Las ausencias deberán estar justificadas ante el responsable de la Unidad por la que se esté rotando. En los casos de incapacidad temporal y maternidad será obligatoria la presentación tanto del parte de baja médica, como de los partes de confirmación o, en su caso, el parte de alta médica, expedidos por el médico competente.

Los permisos y licencias deberán ser solicitados por escrito, con la justificación documental previa o posterior que corresponda, y se disfrutarán previa autorización del responsable de la unidad donde se esté rotando y del Jefe de Servicio.

Anualmente se podrá disfrutar de 6 días de libre disposición. Entre tales días y las vacaciones anuales retribuidas u otros permisos y licencias deberá prestarse cuanto menos un día de trabajo efectivo. El disfrute de las vacaciones anuales retribuidas y permisos de los residentes se fijarán atendiendo al cumplimiento de los programas de docencia y a las necesidades asistenciales, de acuerdo con la programación funcional del centro.

2.- Vacaciones

La duración de la vacación anual reglamentaria será del mes natural en que se disfrute o de 30 días naturales si se toman en un período comprendido entre dos meses. No podrán acumularse a las vacaciones anuales los 4 días de libre disposición. Si el tiempo de servicios prestados, en el período anual al que se imputa el disfrute de las vacaciones, fuese inferior a 12 meses, los días que por este concepto deban de concederse se calcularán en base al tiempo efectivo trabajado.

En principio, el disfrute de las vacaciones lo será de manera ininterrumpida. Cuando de modo excepcional se fraccione en dos períodos, como máximo, se entenderá que la suma no puede exceder de 22 días laborables, entre los que **no** se computan los sábados aun cuando corresponda descansar.

Las vacaciones se disfrutarán entre los meses de Julio a Septiembre, ambos inclusive, que constituirán el período vacacional ordinario. Fuera de estas fechas la concesión será excepcional y atendiendo necesidades profesionales y docentes, salvo en los residentes de primer año que, por su incorporación habitual en el mes de mayo-junio, deberán disponer de vacaciones en el último trimestre del año (salvo que por organización de las guardias de los residentes pudiera ser antes)

Los turnos se distribuirán asegurando la dotación mínima de residentes que cada unidad acuerde. Asimismo, debe garantizarse en todo momento un número suficiente para cubrir todas las jornadas de guardia. Los residentes más antiguos tendrán prioridad sobre los más recientes al elegir turno de vacaciones. El plan de vacaciones deberá ser supervisado y autorizado previamente por los responsables de la unidad por la que roten en ese momento y por el Jefe de Servicio.

3.- Atención continuada (guardias)

La participación de los médicos residentes en la atención continuada del Servicio de Pediatría cumple una importante función asistencial y docente. Dentro del equipo de guardia se incluyen 4 residentes de Pediatría, tres de ellos adscritos al área de Urgencias y Hospitalización y otro para el área de Neonatología.

Así pues, el número de guardias a cubrir anualmente es de: $(365 \times 4) = 1460$. Lo que supone 54 guardias al año por residente (contando los 27 actuales). Descontando el mes de vacaciones, resulta una media de 5 guardias al mes en los 11 meses restantes, cifra que se considera óptima tanto para las necesidades formativas como laborales. En algún caso se solicitará la realización de 6 guardias al mes por necesidades de servicio, y si fueran más de 6 éstas deben ser comunicadas en la Secretaría de Pediatría y firmadas por el Jefe de Servicio para su abono.

La elaboración de los calendarios de guardia correrá a cargo de los residentes de 3º y 4º año, bajo la supervisión de los tutores de residentes y del Jefe de Servicio de Pediatría, y cumplirá con los siguientes criterios:

- Debe haber siempre un residente de 2º (siempre que haya completado con éxito su rotatorio de al menos dos meses en Neonatología), 3º o 4º año asignado al área de Neonatología.
- Debe haber, siempre que sea posible, tres médicos residentes asignados al área de Urgencias y Hospitalización Pediátrica. En este caso un residente ocupará el puesto de "R menor" (R1) y los dos siguientes será "R mayores" intentan que uno sea R2-R3 y el otro R3-R4, para que haya la más correcta distribución de residentes en cada guardia.
- Nunca debe haber dos médicos residentes de 1º año en la misma jornada. Y en Urgencias de Pediatría se intentará en lo posible que junto con el R1 no haya a la vez dos R2. Cuando el tercer puesto de Urgencias de Pediatría lo ocupe un residente de MFyC u otra especialidad no pediátrica, se intentará que el "R mayor" sea un R3 o un R4.
- Para una distribución lo más compensada posible en el número de guardias de los R3 y R4 entre Neonatología y Urgencias + Hospitalización (lo ideal es que sea la mitad en cada lugar), se propone la siguiente compensación temporal a lo largo del año:
 - De junio a noviembre: R3 y R4 realizarán principalmente sus guardias en Neonatología (hasta que se vayan sumando R2 con al menos dos meses de rotación en Neonatología)
 - De diciembre a mayo: R3 y R4 compensarán sus guardias en Urgencias + Hospitalización.
- Desde diciembre de 2021 se ha implantado un módulo 3 en Urgencias de Pediatría, de forma que se intentará cubrir con tres residentes cada día (1 R1 y 2 R2-R3-R4). Dado que el número de guardias máximo por residente es de 5 al mes (y 6 en condiciones excepcionales), no se podrá cubrir todos los días con este módulo 3 hasta que haya un total de 28 residentes (7 por año en las cuatro promociones, lo cual no ocurrirá hasta el año 2026).

En cualquier caso, con el apoyo de las guardias de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, Cirugía Pediátrica, Alergia Pediátrica y residentes de Pediatría que roten con nosotros, se intentarán cubrir el mayor número posible de días hasta que llegemos a tener ese número de 28 residentes totales.

Durante las vacaciones de verano, Semana Santa y Navidad se realizarán las correcciones oportunas para permitir el derecho al descanso en esos periodos, garantizando siempre la cobertura de los puestos de guardia. Si no se cumpliera esta situación, y fuese imposible cubrir las guardias de forma adecuada, el Jefe de Servicio de Pediatría, Jefes de Sección y tutores, por necesidades del servicio, de acuerdo con la ley (RD 1146/2006, de 6 de octubre) podrán modificar permisos, vacaciones o rotatorios externos de los residentes.

Los residentes de guardia dependen funcionalmente y serán supervisados por los adjuntos de guardia en Urgencias, Neonatología y Hospitalización. Estos dos últimos disponen de sistemas de comunicación telefónica para garantizar su asistencia cuando se requiera. Del mismo modo que los residentes de guardia deben atender la mayoría de los pacientes que sea preciso, no dudarán en consultar aquellas cuestiones que les planteen dudas razonables, especialmente si hay que realizar actuaciones que no dominen, solicitar pruebas o indicar la hospitalización del paciente, entre otros supuestos.

El residente del área de Neonatología será supervisado y tendrá las funciones que le encomiende el neonatólogo de guardia. El residente de Urgencias atenderá a los pacientes de esta área bajo la supervisión de los adjuntos del área de Urgencias. El residente del área de Urgencias y Hospitalización tendrá igual cometido que el anterior pero, además, atenderá las llamadas y las incidencias que surjan en los pacientes hospitalizados, siendo supervisado en este último aspecto por el pediatra de guardia en Hospitalización Pediátrica.

Como ya se ha indicado previamente, la supervisión de los residentes de primer año debe ser particularmente estrecha, como lo indica el Real Decreto 183/2008. En este sentido, está previsto que, tras la incorporación al hospital, realicen alguna guardia sin responsabilidad médica, como personal añadido al equipo habitual, acompañados en todo momento por un médico (preferentemente residente), para familiarizarse con el funcionamiento de la guardia. Los residentes de primer año serán especialmente cautelosos en la atención a los pacientes del área de Urgencias, solicitando la intervención y consulta cuando sea preciso (con un residente mayor o adjunto) y la firma conjunta del médico adjunto en todos los informes.

La Comisión de Docencia de este hospital ha emitido un protocolo para la supervisión de los residentes de primer año durante la jornada de atención continuada accesible a todos los interesados. De forma resumida se indica que dispondrán siempre de un médico adjunto al que podrán consultar cualquier duda, solicitar su presencia directa en la atención a un paciente y requerir la firma de todos los informes de Urgencias.

Al término de la jornada de guardia se transferirán los pacientes pendientes de resolver a los médicos que entren en la siguiente jornada. Los pacientes del área de Observación de Urgencias deben ser comunicados a un médico adjunto. Los demás pacientes (Urgencias y Hospitalización) pueden ser comentados con un adjunto o residente. Las guardias que terminan en un día laborable se siguen de una sesión informativa de los casos ingresados y las incidencias de la guardia ante todo el personal médico del Servicio. Conviene presentar con fluidez los casos más simples y extenderse algo más en los que tengan mayor interés por su dificultad o infrecuencia. El descanso tras la guardia se realizará en el día siguiente a la misma.

Los cambios de guardias y las suplencias de los residentes que no puedan realizar la guardia asignada se establecerán mediante listas y sistemas que los propios residentes establezcan, pero siempre que se garantice la cobertura de la guardia con los criterios indicados en este escrito.

Addendum1 (año 2019): Guardias en el Servicio de Pediatría del HGUA para Médicos residentes de otros hospitales

La participación en las guardias de los MIR de otros hospitales que vengan a rotar a este Servicio es obligatoria, pudiendo solicitarse hasta tres guardias al mes. La elaboración de los calendarios de guardias correrá a cargo de los R3 y R4, bajo la supervisión de los tutores de residentes y Jefe de Servicio.

Los rotantes externos en la sección de Neonatología serán R3 y realizarán en el primer mes un mínimo de 3 guardias de "mochila" en Neonatología con el fin de lograr una capacitación básica. Tras ese mes se debe confirmar la capacitación básica y este residente en el segundo y tercer mes de su rotatorio realizará todas sus guardias en Neonatología (excepcionalmente, si no se confirmara la capacitación básica, el segundo mes de rotación puede disponer de alguna guardia más de "mochila" antes de realizar su guardia como residente único en UCI Neonatal).

Los rotantes externos en el resto de las secciones del Servicio de Pediatría realizarán guardias en Urgencias de Pediatría. Sólo en el caso de que el rotatorio que esté realizando sea en la Sección de Oncología Pediátrica, el rotante externo podrá ocupar la posición de "residente mediano", pudiendo llevar el busca y encargarse de las plantas de hospitalización. En caso de estar rotando por cualquier otra sección del servicio de Pediatría, ocupará la posición de "residente pequeño", desempeñando su labor asistencial únicamente en el área de Urgencias,

Los rotantes externos en otros servicios distintos al de Pediatría como UCI Pediátrica, Cirugía Pediátrica, Traumatología Pediátrica o Radiología Pediátrica, podrán realizar guardias de Pediatría forma voluntaria, siempre ocupando la posición de "residente pequeño".

Addendum2 (año 2021): Guardias en Urgencias de Pediatría para residentes de Medicina Familiar y Comunitaria

Los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) del Departamento de Salud Alicante-Hospital General realizan guardias en Urgencias de Pediatría durante su tercer año.

El número de guardias al año de cada uno de los residentes es de 9-10 (depende de si tienen uno o dos meses de rotatorio externo, generalmente en febrero y marzo), lo que viene a ser una guardia al mes (sin contar el mes de vacaciones y ese periodo de uno o dos meses de rotatorio externo).

Los residentes de tercer año de MFyC combinan tres tipos de guardia: las que realizan en Urgencias Generales (3 al mes), en el Punto de Atención Continuada (1 al mes) y en Urgencias de Pediatría (1 al mes).

Dado que cada residente de MFyC debe realizar 9-10 guardias al año en Urgencias de Pediatría, ésta se distribuirá equitativamente con los días de la semana. De esta forma:

- Cada residente realizará una distribución proporcional entre días laborables (6-7 al año) y fines de semanas y festivos (2-3 al año).
- Esto implica 1-2 sábados al año y 1-2 domingos al año (la suma serán 2-3) y 6-7 laborables (que incluirá lunes y viernes también).

Esta distribución, lógicamente, debe ir coordinada con los otros dos tipos de guardia de MFyC (Urgencias Generales y PAC), pero ahora Urgencias de Pediatría entra en una distribución proporcionada y justa de los días de trabajo.

El residente de MFyC permanecerá en el hospital durante toda la guardia, no pudiendo ausentarse del hospital cuando termine su turno de guardia, por si fuera preciso su presencia en caso de necesidad. Se ha modificado su turno de trabajo para asegurar de que esto sea así.

El Coordinador de Urgencias de Pediatría y el Jefe de Servicio de Pediatría monitorizará que todo lo anterior se lleve a cabo con buen orden y en coordinación con las tutoras y UDM de Medicina Familiar y Comunitaria.

Addendum3 (año 2021): Módulo 3 en Urgencias de Pediatría y distribución de turnos de noche

La implantación de un módulo 3 de residentes en Urgencias de Pediatría comenzó el mes de diciembre de 2021 y tendremos que vivir una etapa de implantación hasta su consolidación final en 2026, cuando el número total de Residentes de Pediatría lo permita establecer todos los días del mes.

El objetivo de este módulo 3 no es otro que garantizar una mejor atención sanitaria a nuestros pacientes, con un incremento de plantilla para una mejor gestión de las funciones del equipo de Urgencias de Pediatría y que abarca tanto la atención urgente de los pacientes que acuden, como la atención a los hospitalizados.

El punto que merece puntualizar es la distribución de horarios de trabajo nocturno del equipo, para que sea equitativa y homogénea para los profesionales, y segura para los pacientes. Dado que en este periodo de transición se pueden dar varios supuestos de número de residentes en las guardias en Urgencias de Pediatría (con dos, tres o cuatro residentes) y de especialidad (solo residentes de Pediatría o apoyo de otra especialidad), se han definido bien la distribución del trabajo en cada supuesto.

VII. Aspectos docentes

1.- Programa de rotaciones internas

PLAN GENERAL DE ROTATORIOS

	R1	R2	R3	R4
NEONATOS	2 meses	3 meses	3 meses	
ESCOLARES	2 meses	2 meses		
LACTANTES	2 meses	2 meses		
URGENCIAS	2 meses			
ONCOLOGÍA		3m.		
CARDIOLOGÍA			2 meses	
ENDOCRINO			2 meses	
NEUROLOGÍA			2 meses	
GASTROENTEROLOGÍA		2 meses		
UCI-PED			2 meses	
UHD				2 meses
NEUMO-ALERGIA			2 meses	
ROTATORIO EXTERNO				4 meses (opcional)
NEFROLOGÍA	2 meses			
ATENCIÓN PRIMARIA	2 meses		1 mes	
ESPECIALIDAD ELEGIDA				4 meses (opcional)
ROTATORIOS VARIOS (cir-traum-anestesia-radiología ped,...)				

* El rotatorio de UCIP será opcional realizarlo de R4 si es en otro hospital, combinando con consultas externas de R4

Las rotaciones concretas de cada residente se indican en los esquemas adjuntos al final de este documento. Los rotatorios de los nuevos R1 están designados con letras que serán asignadas según el orden de elección de la plaza.

Los rotatorios establecidos deben respetarse por el buen funcionamiento del resto de residentes y en general de todo el Servicio de Pediatría. Si por algún motivo extraordinario algún residente precisara algún cambio sobre los rotatorios establecidos, debe solicitarlo por escrito a su tutor y justificar el motivo de la solicitud, y solo en caso excepcional, tras aprobación por los tutores y Jefes de Sección de las unidades implicadas, podría aceptarse dicho cambio.

Todas las rotaciones de los 3 primeros años son obligatorias. Durante el 4º año existen rotaciones obligatorias y otras optativas que deben organizarse con tiempo suficiente y de acuerdo con los tutores.

En anexo 5 se incluyen los objetivos docentes de cada unidad que se deben tener en cuenta durante los rotatorios por las mismas. Al terminar la rotación, los médicos residentes deben entregar a su tutor la evaluación (que debe hacer el médico adjunto que ha supervisado su rotatorio) y el registro de actividades. Se da el plazo de una semana después de finalizar cada rotatorio para entregar estos documentos, cuyas plantillas figuran al final de este cuadernillo como anexos, y son obligatorios para superar la evaluación anual ante la Comisión de Docencia del hospital.

En el Anexo 1 se encuentra la Hoja de Evaluación, que los residentes deben entregar a los adjuntos que han supervisado cada rotatorio. Las instrucciones para cumplimentar dicha hoja aparecen detalladas en el Anexo 2.

En el Anexo 3 se incluye hoja para cumplimentar el registro de la actividad asistencial y docente en cada rotatorio. Durante el rotatorio, el residente debe registrar el número y diagnósticos principales de los casos que ha llevado de forma directa, las patologías revisadas de forma indirecta, las técnicas realizadas (especificando número) y observadas, y el número de guardias realizadas

2.- Rotaciones externas

Las rotaciones externas de los médicos residentes están reguladas por la Orden del 27 de febrero de 2009, de la Conselleria de Sanidad, en la que se indica el procedimiento para su autorización.

En el programa de formación del médico residente de Pediatría de este hospital se contempla una rotación externa opcional en el 4º año, de 4 meses como máximo de duración. Estas rotaciones se organizarán con la suficiente antelación de manera coordinada con el tutor respectivo.

En general, no debe haber más de 2 residentes rotando simultáneamente fuera del hospital, aunque dado el aumento del número de residentes en los últimos años, se acepta hasta 3 rotando fuera, como máximo 2 meses al año (que de forma preferente serán meses no consecutivos)

Dado que el proceso conlleva algunos trámites, es preciso organizar las rotaciones con un año de antelación (durante el 3º año de residencia o antes), ya que, de no hacerlo así, podrían surgir inconvenientes que la imposibilitaran.

Las propuestas firmes de rotación externa han de plantearse como máximo en el mes de diciembre, mientras son R3, mes en que quedará cerrado el plan de rotaciones de los R4.

La rotación de UCI Pediátrica es deseable que se realice en nuestro hospital. Si se realizara fuera, se podrá solicitar a la UCI Pediátrica del Hospital Virgen de la Arrixaca (con el que existe acuerdo docente) y a la UCI Pediátrica del Hospital Clínico Universitario de Valencia (con el que no existe acuerdo docente, aunque se acepta algún residente nuestro). Los residentes que estén rotando en UCI Pediátrica realizarán dos guardias mensuales en el Servicio de Pediatría de nuestro hospital y las restantes en el Servicio de UCIP de nuestro hospital o de cualquiera de los otros dos hospitales en los que se encuentren rotando.

3.- Sesiones clínicas del servicio

El Servicio realiza un programa de Sesiones Clínicas con la finalidad de poner al día a todos sus integrantes de las incidencias de las guardias, los pacientes ingresados, los casos interesantes o ilustrativos y las novedades y puestas al día de diversos aspectos de la especialidad.

Se invita a participar en ellas a todos los integrantes del mismo y, muy especialmente a los residentes, para los que constituye una actividad de asistencia obligatoria. El esquema con las principales sesiones clínicas del servicio se recoge en el Anexo 4.

Dentro de las sesiones generales, tras finalizar la sesión informativa de guardia, se realizarán sesiones clínicas en base a las siguientes recomendaciones:

Recomendaciones generales:

- Las sesiones se llevarán a cabo de martes a jueves desde octubre a junio, excepto vacaciones de Semana Santa y Navidad.
- La exposición no debe durar más de 15 minutos para posteriormente dar cabida a unos 5 minutos de discusión.
- Deben buscarse casos de interés general no excesivamente específicos de una especialidad, para aumentar la participación en la discusión.
- Deben cuidarse los aspectos formales y éticos de la publicación. Así, es imprescindible que no conste el nombre del paciente ni ningún dato que pueda revelarlo.
- Las sesiones se trabajarán con el tutor correspondiente. Antes de las 9 de la noche del día anterior a su presentación se deben remitir por correo al Jefe de Servicio, para su valoración formal. En ese momento, si todo es correcto la sesión ya pasa a la sección correspondiente de la web del Servicio de Pediatría: Docencia / Postgrado y MIR / Sesiones MIR.

<http://www.serviciopediatria.com/docencia/postgrado-y-mir/mir-sesiones/>

Recomendaciones específicas:

A) Sesiones tipo Caso Clínico: este tipo de sesiones se harán a lo largo de toda la residencia. Las sesiones deben constar del desarrollo de un caso clínico y posteriormente de una pequeña información teórica sobre el interés del caso. No hace falta hacer una descripción larga y tediosa sobre un tema teórico que habitualmente está descrito en cualquier capítulo de libro

Se pueden buscar casos multidisciplinarios de interés general y contar con otros servicios que pueden hacer su aportación al caso.

En este tipo de sesiones se pueden incluir revisión de serie de casos.

B) Sesiones tipo Revisión Bibliográfica/Caso Problema: se realizará al menos una sesión de este tipo durante el 1^{er}/2^o año de residencia

A través de un caso sencillo real o inventado descrito brevemente (una diapositiva) se establecerán 2-3 preguntas de interés general y de respuesta controvertida. El objetivo de la sesión será contestar dichas preguntas mediante revisión de literatura médica actualizada.

C) Sesiones tipo Caso Cerrado: se realizará al menos una sesión de este tipo durante el 3^{er}/4^o año de residencia. El objetivo de esta sesión es que el residente aprenda a hacer diagnósticos diferenciales a través de un cuadro sindrómico. El residente recibirá de un adjunto del departamento un caso clínico (anamnesis, exploración física y analítica básica), a partir del cual debe establecer el diagnóstico diferencial, solicitando durante el desarrollo de la sesión información clínica y pruebas complementarias que precise para poder resolver el caso.

D) Sesiones de Ética: se realizará al menos una sesión de este tipo durante el 3^{er}/4^o año de residencia. La sesión constará de un caso clínico en el que se establezca un dilema ético, que se intentará resolver en base al método deliberativo, teniendo en cuenta los principios bioéticos básicos y los valores en conflicto.

E) Actualización de Protocolos: el residente expondrá al resto del Servicio de Pediatría algún protocolo que haya colaborado en elaborar o actualizar durante su periodo de formación MIR. Este apartado fundamentado en algoritmos de actuación es un tema muy valorado y necesario para el Servicio de Pediatría.

Al igual que se ha comentado con las sesiones generales, los protocolos se trabajarán con el tutor correspondiente y también antes de las 9 de la noche del día anterior a su presentación se deben remitir por correo al Jefe de Servicio, para su valoración formal.

En ese momento, si todo es correcto la sesión ya pasa a la sección correspondiente de la web del Servicio de Pediatría: Asistencia / Protocolos clínicos asistenciales.

<http://www.serviciopediatria.com/asistencia/protocolos-clinicos-asistenciales/>

F) Actualización diagnóstico- terapéutica: en este tipo de sesión se expondrán avances diagnósticos o terapéuticos novedosos en el ámbito de la pediatría. El objetivo será poner al día al resto del Servicio sobre novedades que van surgiendo en todas las especialidades.

G) Sesiones sobre Congresos y Cursos: ocasionalmente se pedirá a los adjuntos/residentes que hayan acudido recientemente a alguno curso/congreso, que hagan una breve exposición (menos de 10 min.) de los aspectos clave y novedades de la reunión científica. Se considera una forma muy eficiente de compartir conocimientos entre todos y a todos nos beneficia.

VIII. Aspectos científicos

1.- Trabajos científicos

La práctica de la Medicina está basada en la información científica obtenida de estudios de observación (descriptivos, casos y controles, cohortes) o de intervención (ensayos clínicos) que permiten una aproximación racional a la realidad, frente a la meramente intuitiva que se genera con la asistencia a los pacientes.

El periodo de formación constituye un buen momento para adquirir la destreza básica para acometer la elaboración de trabajos científicos basados en la experiencia clínica diaria. Con el apoyo y supervisión de los médicos del servicio, los residentes pueden y deben realizar trabajos científicos y tener sus primeras experiencias en el mundo de la exposición y la publicación científica médica. Esta experiencia será valiosa tanto para acometer nuevas investigaciones como para analizar las publicaciones efectuadas por otros autores con una visión más crítica y global.

Sería deseable el siguiente esquema y progresión en la investigación y publicación científica:

- MIR de primer año: bases fundamentales del método científico y de la investigación clínica. Presentación de comunicaciones/pósters a congresos nacionales, principalmente de la Sociedad Valenciana de Pediatría y de la Asociación Española de Pediatría.
- MIR de segundo año: profundización en la metodología de investigación. Presentación de comunicaciones/ pósters a congresos nacionales, principalmente de la Asociación Española de Pediatría e inicio en la publicación biomédica (principalmente Notas clínicas y Originales basados en casos clínicos y estudios descriptivos).
- MIR de tercer año: diseño de un proyecto de investigación, especialmente orientado al proyecto de Tesis Doctoral. Presentación de comunicaciones/pósters a congresos nacionales y de especialidades pediátricas. Publicación biomédica (principalmente Originales basados en estudios analíticos) en revistas nacionales indexadas en PubMed y/o con factor de impacto.
- MIR de cuarto año: integración en estudios de mayor rigor (ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica, etc.). Presentación de comunicaciones/pósters a congresos nacionales e internacionales. Publicación biomédica (principalmente Originales basados en estudios analíticos) en revistas nacionales e internacionales indexadas en los primeros cuartiles de Journal Citation Reports.

2.- Reuniones y Congresos

La asistencia a reuniones científicas y congresos propios de la especialidad es una actividad recomendable para los médicos residentes. En ellos se adquieren conocimientos teórico-prácticos y se entrena la capacidad de comunicación, al tiempo que se establecen contactos con especialistas y residentes de otros centros.

El interés por asistir a cualquier Curso o Congreso se notificará con suficiente anticipación al tutor y al responsable de la Unidad por la que se prevea que se estará rotando en ese momento.

Para asistir a cualquier congreso será imprescindible aportar trabajos y comunicaciones para su exposición, que quedarán reflejados en el registro de actividades del residente. Los trabajos que se presenten deberán estar firmados como mínimo por un médico especialista del Servicio, que será el responsable último de su contenido. En ningún caso se enviarán trabajos que no hayan sido revisados y aceptados por los adjuntos responsables.

La asistencia a este tipo de actos nunca podrá comprometer la actividad asistencial del Servicio, que será siempre prioritaria.

De manera especial, se considera recomendable la asistencia a una edición del Congreso de la Asociación Española de Pediatría. Desde el Servicio de Pediatría, si la disponibilidad económica lo permite, se procurará la asistencia de 5 residentes cada año, teniendo prioridad R3 y R4 que no hayan ido el año anterior.

En determinados casos podría acudir algún otro residente, siempre considerando las necesidades y disponibilidad de medios, y previa conformidad de los tutores y del Jefe del Servicio.

También es recomendable la asistencia anual al Congreso de la Sociedad Valenciana de Pediatría. En este caso se dará prioridad a los residentes de 1º y 2º año, dado que ellos no asisten al Congreso Nacional de la AEP y que esta reunión es ideal para que los residentes se inicien en la comunicación científica.

Durante los rotatorios por las diversas especialidades pediátricas puede plantearse la asistencia a otros congresos o reuniones, siempre que se aporten trabajos y se cuente con el visto bueno de los tutores, del Jefe o Responsable de la Sección y del Jefe de Servicio. En todo caso, a los cursos y congresos de especialidades pediátricas sólo podrán acudir como máximo dos residentes y siempre que se garantice la correcta labor asistencial tanto en la sección donde el residente esté rotando como la cobertura de las guardias médicas.

Todos los cursos y congresos deberán ser firmados, como hasta ahora, por el Jefe de Servicio previo conocimiento y visto bueno de los tutores de Residentes, quienes tienen una visión global del año formativo del conjunto de Residentes y de las necesidades asistenciales globales.

3. Cursos

Existen varios cursos que se realizan periódicamente (generalmente anuales), tanto dentro del servicio como fuera de él, que se consideran de especial interés. Se procurará garantizar la asistencia de los residentes y cubrir los gastos de inscripción (lo cual es cada vez más complicado, debido al alto precio de los cursos y el mayor número de MIR y también EIR), según el orden expuesto a continuación, para intentar que todos los residentes hayan realizado estos cursos a lo largo de la residencia:

1. CURSO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA PARA R1

Se realiza dentro de la primera quincena de residencia para facilitar la asistencia del residente en el área de Urgencias. Es de asistencia OBLIGATORIA para todos los residentes de primer año.

2. CURSO DE RCP NEONATAL

Es aconsejable que lo realicen todos los R2, y sería deseable que se llevara a cabo durante el mes de febrero para no interferir con la época principal de congresos pediátricos. Preferible realizarlo en nuestro hospital o provincia.

3. CURSO DE RCP PEDIÁTRICA

Deben realizarlo todos los R3 y sería deseable que se llevara a cabo durante los meses de marzo o abril, por el mismo motivo argumentado previamente. Preferible realizarlo en nuestro hospital o provincia.

4. CURSOS INVESTIGACIÓN

- △ Iniciación a la investigación
- △ Buenas prácticas clínicas
- △ Epidemiología (a partir de R2)

5. CURSOS PARA RESIDENTES DE ÚLTIMO AÑO:

- * Jornadas de Formación para Residentes
- * Curso Gastroenterología Pediátrica
- * etc.

6. OTROS CURSOS

Si los residentes considerasen que existe algún otro curso general (o de alguna especialidad) de especial interés formativo, se estudiará incluirlo como parte preferente en el curriculum formativo. Se tendrá muy en cuenta la participación de los residentes

en cualquier curso que se realice en nuestra provincia (a través del Colegio de Médicos, APEPA o coordinados por adjuntos de nuestro Servicio de Pediatría).

Es de interés también el programa de formación continuada de la Asociación Española de Pediatría que se realiza "on line" (Continuum) con acreditación reconocida en el Sistema Nacional de Salud. Y muy aconsejable revisar de forma periódica la página de la Asociación Española de Pediatría, de la Sociedad Valenciana de Pediatría y de las distintas especialidades pediátricas (Sociedad Española de Neonatología, Sociedad de Urgencias Pediátricas, etc.) que disponen de una agenda de cursos y eventos científicos.

4.- Programas de Doctorado y Trabajo Fin de Máster

La etapa de formación MIR puede constituir un momento adecuado para iniciar trabajos de investigación que sirvan de base para la elaboración de una tesis doctoral. Se estimula a los residentes de pediatría a seguir un programa de doctorado (que en el momento actual se desarrolla en forma de máster) en la medida de sus posibilidades, siempre que no interfiera con las actividades obligatorias de su formación especializada. La relación laboral especial del residente es incompatible con las actividades formativas que se desarrollen dentro del horario de trabajo.

La realización de una tesis doctoral durante el periodo de residencia puede ser difícil, por la alta exigencia de tiempo de ambas actividades. La residencia puede ofrecer las condiciones preparatorias adecuadas para la realización de esta (cursos de doctorado, reconocimiento de suficiencia investigadora, máster y trabajo fin de máster...). De esta manera, el trabajo de elaboración de la tesis puede acometerse en los últimos años de la residencia o al terminar esta.

Sea como sea, como hospital universitario que somos, se considerará un valor esencial que deberá potenciarse desde todos los ámbitos.

5.- El instituto de investigación ISABIAL como apoyo al plan formativo de los residentes

La investigación es un aspecto fundamental, no accesorio, dentro de la actividad de un hospital universitario de tercer nivel. Aparte del prestigio que genera en el colectivo (hospital y servicio) y en el profesional, la investigación estimula la excelencia en la actividad clínica y docente, de las cuáles es inseparable. El servicio de pediatría se encuadra en el Grupo de Investigación en Pediatría y Farmacología Clínica (GIPFC), dentro del Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL). La iniciativa en la actividad investigadora corresponde al propio servicio, a sus secciones y a los profesionales que la integran.

En este documento se sientan las bases para que los residentes de pediatría obtengan la capacitación básica en investigación y se inicien en la actividad investigadora durante el periodo de formación especializada. Los principales objetivos formativos serán:

- Conocer los fundamentos de la investigación mediante cursos y actividades formativas realizadas tanto dentro como fuera del hospital.
- Participar de manera activa en la actividad investigadora, principalmente dentro del Servicio de Pediatría.
- Comunicar los resultados de la investigación en sus diversas modalidades: comunicaciones en congresos y publicación en revistas científicas.

a) Integración del residente de Pediatría en el GIPFC

El residente de Pediatría deberá pertenecer al GIPFC en cuanto ello sea posible. Para ello debe cumplir las condiciones establecidas por ISABIAL. En momento actual las condiciones son estas para los residentes que estén realizando su Formación Sanitaria Especializada en el Departamento de Salud de Alicante – Hospital General podrán solicitar su integración en los Grupos de Investigación de ISABIAL si cumplen las 3 siguientes condiciones:

- 1) Estén realizando, al menos, el 2º año de Residencia.
- 2) Dispongan del visto bueno de su Tutor.
- 3) Cualquiera de los siguientes requisitos:
 - Figurar como autor en al menos una publicación en una revista indexada (Med-Line, IME, IBECS, etc.).
 - Figurar como autor principal (primero o segundo) en al menos una comunicación a Congresos Nacionales o Internacionales.
 - Figurar como autor en al menos dos comunicaciones a Congresos Nacionales o Internacionales.
 - Haber realizado o estar realizando un Máster.
 - Estar matriculado en un Programa de Doctorado.
 - Haber participado o estar participando como investigador principal o colaborador en un proyecto de investigación financiado en concurrencia competitiva (local, autonómico o nacional).

La pertenencia al GIPFC prestigia al residente que ha cumplido los requisitos básicos y podrá ser considerada como mérito a la hora de participar en actividades de investigación y para la asistencia a congresos.

b) Líneas de investigación del Servicio de Pediatría

Una línea de investigación está constituida por un conjunto de proyectos y trabajos que se encuentran relacionados entre sí y que tienen cierto carácter complementario y progresivo. Frente a los trabajos ocasionales o sueltos, motivados por una inquietud novedosa, las líneas de trabajo permiten profundizar en un tema y planificar la investigación a medio y largo plazo, por lo que constituyen la mejor estrategia de investigación para un equipo. El Servicio de Pediatría debería tener registradas y publicitadas sus líneas de investigación en curso, lo que aportaría varias ventajas:

- Como ya se ha comentado, facilita la planificación de los trabajos y permite una mayor complejidad y relevancia.
- Estimula la participación de otros profesionales del servicio que puedan estar interesados o la imbricación con otras líneas de trabajo.
- Fomenta que los residentes se impliquen tempranamente en alguna o algunas de las líneas (durante el primer o segundo año de residencia), lo que resulta beneficioso para los proyectos y para los residentes.
- Facilita la solicitud y consecución de ayudas y recursos para la investigación, principalmente de becas.
- Favorece la realización de tesis doctorales.

Para su conocimiento público, las líneas de investigación estarán visibles en la página web del Servicio de Pediatría, donde figurará el nombre o título de la línea de investigación, el investigador o investigadores responsables, un breve resumen descriptivo de los objetivos y los logros de la línea mediante una recopilación de los resultados publicados en congresos o revistas (comunicaciones y artículos) o en tesis doctorales.

c) Talleres y coloquios de investigación en Pediatría

El Servicio de Pediatría establecerá un programa de actividades formativas en investigación, complementario del que se desarrolle por parte del propio hospital y por otras entidades externas. Estas actividades estarán dirigidas a todos los miembros del Servicio de Pediatría, pero muy especialmente a los residentes. Se hará público un calendario de actividades, que tendrán un carácter eminentemente práctico (talleres, coloquios...) y estarán orientadas a las peculiaridades del propio Servicio de Pediatría.

Esta actividad tendrá la finalidad de estimular la investigación y proporcionar herramientas para superar las dificultades que a menudo se presentan. Estarán dirigidas por el moderador y estarán protagonizadas por un invitado experto en alguna materia sobre la que conversará con los asistentes, pudiendo responder a las preguntas que le formulen. No está prevista una periodicidad concreta, sino que se adaptarán a la disponibilidad de los temas y los invitados, y a la facilidad con que los asistentes (especialmente los residentes) puedan acudir. Algunas sesiones podrían realizarse durante la sesión del servicio a primera hora, pero otras se podrán realizar en otros horarios, incluida la tarde (inicio entre las 15-16 h) con una duración no cerrada, pero posiblemente en torno a 45-60 minutos. En caso de realizarse por la tarde, podría contemplarse su realización simultánea con la comida de mediodía, en forma de almuerzo ligero, a la manera en que se lleva a cabo en muchos congresos internacionales. Podría plantearse la grabación de la actividad en vídeo, para permitir su visualización por los interesados que no hubieran podido acudir.

Se alienta a los miembros del Servicio de Pediatría a que elaboren propuestas de temas o de mejoras en la línea de lo indicado en este documento. Esas propuestas deberán ser vehiculadas a través del jefe de servicio y del coordinador del GIPFC para permitir su integración y evitar el solapamiento o la sobrecarga.

NOTA FINAL

Esta guía es un producto en continua evolución. Además, en su redacción es posible que se haya incurrido en errores de contenido o de forma. Por todo ello, os agradeceremos todos los comentarios que puedan contribuir a su mejora para futuras ediciones, desde los errores ortográficos o gramaticales hasta los contenidos erróneos o confusos. Gracias a todos por vuestra comprensión y colaboración.

Información adicional sobre la organización y funcionamiento del Servicio de Pediatría puede obtenerse a través de la página web del servicio:

<https://serviciopediatria.com/>

ANEXOS

ANEXO I

INFORME DE EVALUACIÓN DE ROTACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS:		DNI/PASAPORTE:	
CENTRO DOCENTE:			
TITULACIÓN:	ESPECIALIDAD:	AÑO	RESIDENCIA:
TUTOR:			

ROTACIÓN	
UNIDAD:	CENTRO:
COLABORADOR DOCENTE/TUTOR:	DURACIÓN:
Fecha Inicio Rotación	Fecha fin Rotación:
OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN	GRADO DE CUMPLIMIENTO Total/Parcial/No conseguido

A.- CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES	CALIFICACIÓN
CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS	
RAZONAMIENTO/VALORACIÓN DEL PROBLEMA	
CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES	
HABILIDADES	
USO RACIONAL DE RECURSOS	
SEGURIDAD DEL PACIENTE	
MEDIA (A)	

B.- ACTITUDES	CALIFICACIÓN
MOTIVACIÓN	
PUNTUALIDAD/ASISTENCIA	
COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA	
TRABAJO EN EQUIPO	
VALORES ÉTICOS Y PROFESIONALES	
MEDIA (B)	

CALIFICACIÓN GLOBAL DE LA ROTACIÓN (70%A + 30% B)	
---	--

Observaciones/Áreas de mejora:

En _____, fecha:
EL COLABORADOR DOCENTE DE LA ROTACIÓN/TUTOR

Vº Bº, EL RESPONSABLE
DE LA UNIDAD DE ROTACIÓN

Fdo.: _____

Fdo.: _____

cve: BOE-A-2018-5385
 Verificable en <http://www.boe.es>

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN DEL INFORME DE EVALUACIÓN DE LA ROTACIÓN^{1,2}

En la evaluación de estas competencias se tendrá en cuenta los resultados de las pruebas objetivas aplicadas, que se adjuntarán a este informe (exámenes escritos, audit, observación estructurada, 360º, portafolio)³.

CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS
Demuestra que ha integrado los conceptos teóricos necesarios para el cumplimiento de los objetivos en virtud de un estudio y comprensión previa. Ejemplo, para las especialidades médicas: conocimientos de la anatomía, fisiología, historia natural de una enfermedad /proceso o de los principios y los mecanismos de acción de un tratamiento
RAZONAMIENTO/VALORACIÓN DEL PROBLEMA
Integra la información disponible para alcanzar una valoración del problema de salud o de la situación asistencial. Ejemplo, para las especialidades médicas: Información de la situación clínica, obtenida a través de la anamnesis, exploración y pruebas complementarias, para un correcto diagnóstico diferencial o para la resolución de un problema o situación clínica.
CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES
Selecciona un plan de actuación, plan de cuidados o tratamiento adecuado, en base a su conocimiento y comprensión del problema, el análisis del contexto en el que se produce y la valoración de las diferentes alternativas disponibles y sus consecuencias. Maneja con prudencia la incertidumbre inherente a la práctica clínica, conoce sus limitaciones y pide ayuda cuando la situación lo requiere.
HABILIDADES
Demuestra destreza en la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos para su año de formación.
USO RACIONAL DE RECURSOS
Realiza un uso adecuado de los medicamentos y productos sanitarios, así como de las pruebas diagnósticas y terapéuticas.
SEGURIDAD DEL PACIENTE
Contribuye a garantizar la seguridad del paciente y aplica las guías de práctica clínica.
MOTIVACIÓN
Demuestra interés por su trabajo y por alcanzar los objetivos formativos. Se implica en la actividad del servicio/unidad. Es proactivo en la búsqueda de información y estudio de un problema y reflexiona sobre su práctica profesional modificando su comportamiento en consecuencia (autoaprendizaje).
PUNTUALIDAD/ASISTENCIA
Es puntual y cumple con la jornada laboral. No hay faltas de asistencia sin justificar.
COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA
Demuestra habilidades de relación interpersonal y de comunicación necesarias para un eficaz intercambio de información, oral o escrita, para la toma de decisiones compartidas con los pacientes, sus familiares o representantes legales, relativa a cualquier aspecto del proceso asistencial.
TRABAJO EN EQUIPO
Se integra en las actividades del Servicio/Unidad y participa con el resto de profesionales en la resolución de problemas y toma de decisiones.
VALORES ÉTICOS Y PROFESIONALES
Tiene como principal objetivo el cuidado y bienestar del paciente. Respeto los valores y derechos de los pacientes, así como su autonomía en la toma de decisiones. Respeto la confidencialidad y el secreto profesional. Identifica los problemas/conflictos éticos y propone soluciones razonadas. Pide ayuda en situaciones complejas o relevantes. Cumple el Reglamento de la Institución Sanitaria

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Cuantitativa (1-10)	Cualitativa
1-2	Muy insuficiente. Lejos de alcanzar los objetivos de la rotación. Deben indicarse áreas de mejora en el apartado correspondiente.
3-4	Insuficiente. No alcanza todos los objetivos de la rotación, pero podrían alcanzarse un periodo complementario de formación. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondiente y sugerir la duración del periodo complementario.
5	Suficiente. Alcanza los objetivos de la rotación.
6-7	Bueno. Alcanza los objetivos de la rotación, demostrando un nivel superior en algunos de ellos.
8-9	Muy bueno. Domina todos los objetivos de la rotación.
10	Excelente. Muy alto nivel de desempeño, respecto a los objetivos de la rotación. Sólo alcanzan esta calificación un número limitado de residentes. Se valorará de acuerdo con la experiencia del colaborador docente con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores de residentes, calificados como muy bueno.
NA	No se aplica de acuerdo con los objetivos planteados.

¹ Se calificará como rotación la formación teórico-práctica establecida en el POE de las especialidades de E. del Trabajo, E. Obstétrico-Ginecológica (Matronas), M. Trabajo, M. Preventiva y Salud Pública. En el resto de las especialidades, los cursos y talleres se valorarán en el apartado B de Actividades complementarias.

² La Comisión de Docencia puede determinar si la actividad en las Guardias se evalúa como parte de una rotación o se valora como una rotación específica. En este último caso, deberá incluirse un informe de rotación de las Guardias.

³ Los resultados de las pruebas objetivas de evaluación se incluirán en el expediente del residente y serán custodiadas por la Comisión de Docencia del Centro.

ANEXO 4. SESIONES DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA

SESIONES	HORARIO	LUGAR
A. SESIONES GENERALES:		
SESION INFORMATIVAS GUARDIAS	Diaria 8:30- 8:40 h	5ª planta, Biblioteca Pediatria
SESIONES CLÍNICO- BIBLIOGRÁFICAS	Diaria 8;40- 9:00 h	5ª planta, Biblioteca Pediatria
B. SECCIÓN NEONATOS:		
SESIÓN INFORMATIVA GUARDIA UCI NEONATAL	Diaria 9,00- 9:30 h (excepto Viernes, que comienza 9'30 horas)	4ª planta. Sala de Sesiones de Neonatos
SESIONES CLÍNICA NEONATOS:	Miércoles o Jueves 12: 30 a 13:30 horas	4ª planta. Sala de Sesiones de Neonatos
SESIONES PERINATOLÓGICAS (Neonatos- Obstetricia)	Viernes de 9 a 9'30 horas	Biblioteca Pediatria. 5ª planta
C. SECCIÓN LACTANTES- ESCOLARES		
DISCUSIÓN CASOS CLÍNICOS PACIENTES INGRESADOS	Diaria 9:00 a 9:30 horas	Despacho Médico Escolares
SESIÓN CLÍNICA SEMANAL	Martes 13:30 a 14:00 horas	Biblioteca Pediatria. 5ª planta
E. SECCIÓN NEUROPEDIATRÍA		
SESION DE NEURORRADIOLOGIA	Primer Miércoles de cada mes, 8:30 h	9º planta. Despacho médico Radiología Intervencionista
REUNION CON PSICOLOGIA INFANTIL	Todos los Miércoles 14 horas	Consulta de Psicología infantil
REUNION CON NEUROFISIOLOGIA	Último Martes de mes 8.30 h	Despacho médico Neurofisiología. 6ª planta
SESION DE ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES	2º Miércoles de cada mes	Hospital La Fe Valencia
SESIÓN CON TRAUMATOLOGIA- REHABILITACIÓN Y NEONATOS	2º Jueves de cada mes 10:45h	5ª planta, Biblioteca Pediatria
E. SECCIÓN ONCOLOGÍA		
REVISIÓN DE NIÑOS INGRESADOS Y CASOS ESPECIALES DE HOSPITAL DE DIA	Diaria 9:00-9:30 h	Despacho médico Oncología Infantil. 5ª planta
SESIÓN CON RADIOLOGIA PEDIATRICA-RMN	Martes 9:00-10:00h	Despacho médico Radiología Infantil. 1ª planta
SESION MULTIDISCIPLINAR (Enfermería, maestras del hospital, psicología y trabajadores sociales de Aspanion)	Jueves 9:00-10:00 h	Despacho médico Oncología Infantil. 5ª planta
SESIONES CLÍNICAS- BIBLIOGRÁFICAS- REVISIÓN PROTOCOLOS	Viernes de 9-10 h	Despacho médico Oncología Infantil. 5ª planta
COMITE DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA (Anatomía Patológica, Radiología, Cirugía y Traumatología Pediátrica)	Cada 1-2 meses	Anatomía Patológica. Planta 1. Edificio de Consultas Externas

F. SECCIÓN NEUMOALERGIA		
SESIÓN CLÍNICO-BIBLIOGRÁFICA	Viernes 12.00-13.00 h	Consulta 4 -5 Pediatría, 1ª planta
SESIÓN CONJUNTA NEUMOALERGIA HOSPITALES PROVINCIA ALICANTE	Viernes 10.00-14.00 h, un viernes de cada mes	Biblioteca Pediatría. 5ª planta

ANEXO 5. OBJETIVOS DOCENTES

LACTANTES

ESCOLARES

NEONATOLOGÍA

CARDIOLOGÍA INFANTIL

ONCOLOGÍA INFANTIL

ENDOCRINOLOGÍA

NEUROPEDIATRÍA

NEUMOLOGÍA y ALERGOLOGÍA PEDIÁTRICA

ATENCIÓN PRIMARIA

CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

DIGESTIVO INFANTIL

URGENCIAS

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

OBJETIVOS DOCENTES SECCIÓN LACTANTES

Objetivos docentes generales:

- 1- Realizar correctamente la historia clínica pediátrica.
- 2- Conocer la alimentación y los cuidados generales del lactante sano y enfermo.
- 3- Valoración del desarrollo somático y psicomotor del lactante.
- 4- Reconocer dónde acaba el niño normal y empieza el lactante con patología, tanto por los hallazgos de la exploración clínica como los obtenidos por diagnóstico por la imagen y estudios biológicos.
- 5- Diagnóstico y tratamiento de las patologías con mayor prevalencia en el lactante.

Objetivos docentes específicos: adquirir conocimientos teóricos y ponerlos en práctica, en los apartados que siguen a continuación.

- 1- Técnicas de entrevista para realizar una anamnesis correcta y obtener los antecedentes personales y familiares. Exploración sistematizada del lactante. Cálculo de los percentiles obtenidos tras la somatometría y valoración del estado nutricional. Valoración global del estado del niño: impresión de enfermedad aguda grave, rasgos dismórficos, nutrición e hidratación, movimientos espontáneos y respuesta a estímulos.
- 2- Lactancia materna y artificial, ventajas e inconvenientes. Promoción de la LM. Alimentación complementaria: calendario de introducción y técnicas de preparación. Necesidades nutricionales del lactante. Intolerancias y alergias alimentarias. Fórmulas especiales: características e indicaciones clínicas. Cuidados generales del lactante: higiene, vigilia-sueño, estimulación, actitud ante el rechazo de la alimentación. Cólico del lactante. Calendario vacunal.
- 3- Desnutrición: principales causas, clasificación y enfoque terapéutico. Metabolopatías: presentación, orientación diagnóstica y terapéutica.
- 4- Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas comunes en lactantes: enfermedades exantemáticas, rinofaringitis, bronquiolitis, neumonías, gastroenterocolitis agudas, infecciones urinarias y reflujo vesico-ureteral. Síndrome febril sin foco.
- 5- Diagnóstico y tratamiento de sinusitis, laringitis, mastoiditis, celulitis orbitaria y periorbitaria.
- 6- Diagnóstico y tratamiento de encefalitis y meningitis. Sepsis meningocócica.
- 7- Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades digestivas más frecuentes. Reflujo gastroesofágico. Diarreas crónicas y síndromes de malabsorción. Hepatopatías congénitas y adquiridas. Fibrosis quística. Enfermedad de Hirschprung.
- 8- Convulsión febril. Hitos del desarrollo psicomotor en el lactante. Retraso psicomotor: orientación diagnóstica, recomendaciones generales de tratamiento con estimulación. Diagnóstico y tratamiento de encefalopatías congénitas y adquiridas. Enfermedades neuromusculares. Estimulación temprana.
- 9- Orientación diagnóstica ante sospecha de cardiopatía congénita. Insuficiencia cardiaca: diagnóstico y tratamiento. Procesos intercurrentes en el niño cardiópata
- 10- Tubulopatías congénitas. Malformaciones nefrourológicas.
- 11- Deshidrataciones y trastornos hidroelectrolíticos. Fluidoterapia intravenosa.
- 12- Anemias, leucopenias y trombopenias: orientación diagnóstica. Diátesis hemorrágicas. Guía de administración de componentes sanguíneos.
- 13- Displasia broncopulmonar. Malformaciones congénitas del pulmón y vías aéreas. Técnicas y fármacos para nebulización en lactantes.

- 14- Dermatitis atópica. Dermatitis seborreica. Hiperreactividad bronquial.
- 15- Asma del lactante: diagnóstico y tratamiento.
- 16- Diagnóstico y tratamiento de infecciones osteoarticulares: osteomielitis, artritis séptica.

OBJETIVOS DOCENTES SECCIÓN ESCOLARES

Objetivos docentes generales:

1. Realizar correctamente la historia clínica pediátrica.
2. Alimentación y cuidados generales del preescolar y escolar sano y enfermo.
3. Valoración del desarrollo somático y psicomotor.
4. Reconocer dónde acaba el niño normal y empieza el niño con patología, tanto por los hallazgos de la exploración clínica como los obtenidos por diagnóstico por la imagen y estudios biológicos.
5. Diagnóstico y tratamiento de las patologías con mayor prevalencia en el preescolar y escolar.

Objetivos docentes específicos: adquirir conocimientos teóricos y ponerlos en práctica, en los apartados que siguen a continuación.

- Técnicas de entrevista con los padres y los niños para realizar una anamnesis correcta y obtener los antecedentes personales y familiares. Exploración sistematizada. Cálculo de los percentiles obtenidos tras la somatometría y valoración del estado nutricional. Valoración global del estado del niño: impresión de enfermedad aguda grave, rasgos dismórficos, nutrición e hidratación, desarrollo psicomotor.
- Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas comunes: enfermedades exantemáticas, faringoamigdalitis, otitis, laringitis, neumonías, gastroenterocolitis agudas, infecciones urinarias, celulitis. Síndrome febril sin foco. Fiebre de origen desconocido.
- Diagnóstico y tratamiento de encefalitis y meningitis. Sepsis meningocócica.
- Diagnóstico y tratamiento de infecciones parasitarias e infecciones fúngicas.
- Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades digestivas más frecuentes. Reflujo gastroesofágico. Diarreas crónicas y síndromes de malabsorción. Hepatopatías adquiridas. Fibrosis quística.
- Dolor abdominal crónico. Orientación diagnóstica y sistemática de estudio.
- Cefaleas: sistemática de estudio. Epilepsias: diagnóstico y manejo de los tratamientos anticomiciales. Enfermedades neuromusculares. Síndrome de Guillain-Barré.
- Aspectos básicos del estudio ECG en el niño. Insuficiencia cardíaca: diagnóstico y tratamiento. El niño cardiópata con procesos intercurrentes.
- Tuberculosis infantil: pruebas de screening, diagnóstico clínico y radiológico. Tratamiento. Meningitis tuberculosa. Asma bronquial. Urticarias. Enfermedad del suero.
- Neumopatías crónicas. Técnicas y fármacos para nebulización en escolares. Insuficiencia renal aguda y crónica. Glomerulonefritis agudas. Síndrome nefrótico. Tubulopatías congénitas. Malformaciones nefrourológicas. Hipertensión arterial: protocolo de estudio y tratamiento. Litiasis renal e hipercalcemias.
- Deshidratación y trastornos hidroelectrolíticos. Fluidoterapia intravenosa.
- Anemias, leucopenias y trombopenias: orientación diagnóstica. Diátesis hemorrágicas. Guía de administración de componentes sanguíneos.
- Adenopatías en el niño: enfoque diagnóstico. Síndromes mononucleósicos.
- Diabetes: conceptos básicos. Manejo de insulinas. Cetoacidosis. Hipoglucemias

- Cojera en el niño. Diagnóstico diferencial.
- Vasculitis. Púrpura de Schönlein-Henöch. Enfermedad de Kawasaki
- Dolor torácico.
- Identificar los signos de alarma de patología psiquiátrica del preescolar, escolar y adolescente.

OBJETIVOS DOCENTES SECCIÓN NEONATOLOGÍA

Objetivos docentes generales:

- Obtener un amplio conocimiento de problemas que afectan al niño en el periodo neonatal.
- Adquirir experiencia en problemas perinatales que pueden plantearse en embarazos de alto riesgo.
- Aprender los principios generales bioéticos y fisiológicos aplicables en las Unidades de Neonatología
- Leer, criticar y aplicar la literatura médica, así como utilizar bases de datos en Medicina para acceso a la literatura médica.

Objetivos docentes específicos:

- Estar capacitado para la reanimación neonatal
- Obtener historia clínica correcta de los problemas de embarazo, perinatal, así como los más relevantes del recién nacido. Conocer todos los aspectos de la exploración clínica del recién nacido a término y pretérmino, así como los problemas del niño prematuro.
- Conocer las consecuencias médicas, sociales y económicas de los defectos congénitos, incluyendo factores relativos a su influencia e incidencia. Familiarizarse con el peso al nacimiento, edad gestacional, así como su relación con mortalidad y morbilidad neonatal. Estudios estadísticos y comparaciones de relaciones de mortalidad perinatal, neonatal e infantil, regional, nacional e internacional.
- Manejar de forma competente la fisiología transicional (cardiopulmonar, metabólica y térmica) del recién nacido en la Sala de Partos.
- Reconocer la forma de presentación clínica y el manejo de las urgencias presentes en el periodo neonatal (distress respiratorio, shock, hemorragias y anomalías neurológicas...).
- Conocer la fisiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de los problemas agudos y crónicos del prematuro y recién nacido a término. Infecciones congénitas, adquiridas y localizadas, así como los mecanismos de defensa en el recién nacido. Hiperbilirrubinemia, problemas metabólicos, gastrointestinales, cardiovasculares, hematológicos, renales, endocrinos, neurológicos, nefrológicos, nutrición, termorregulación....

Objetivos docentes R1- Sala de Maternidad

Objetivos docentes generales:

1. Exploración de RN normales. Cumplimentación de Historias Clínicas.
2. Asistencia en sala de partos
3. Reanimación cardiopulmonar básica del RN
4. Alimentación, con especial énfasis en lactancia materna
5. Ambiente y cuidados generales. Contacto piel con piel, control de la temperatura, luz y ruido, higiene y cuidados de la piel, cuidados del ombligo
6. Prevención de enfermedades Infecciosas. Muerte súbita del lactante. Cribado de enfermedades endocrino-metabólicas. Detección precoz de hipoacusia.

Objetivos docentes específicos:

VALORACION DE LA PATOLOGIA MÁS FRECUENTE:

- Identificación del RN de riesgo
- Valoración de la madurez
- Repercusión sobre el RN de patologías maternas (diabetes, alteraciones tiroideas, infecciones...)
- Ictericia. Anemia. Policitemia
- Displasia congénita de caderas
- Distress respiratorio
- Soplo cardiaco
- Riesgo infeccioso
- Alteraciones cutáneas
- Traumatismo obstétrico
- Malformaciones mayores y menores
- Problemas de alimentación

TÉCNICAS:

- Estabilización en Sala de Partos
- Cuidados generales del RN en planta
- Somatometría. Percentiles
- Estrategias de comunicación con la familia
- Alimentación, con especial énfasis en lactancia materna
- Determinación de bilirrubina transcutánea
- Toma de muestras capilares
- Realización de otoemisiones acústicas

Objetivos docentes R2 (sala cuidados medios- inicio cuidados intensivos)**Objetivos docentes generales:**

1. Cumplimentación de Historias Clínicas
2. Adquisición de conocimientos teóricos y manejo de principales problemas de RN ingresados
3. Realizar técnicas propias de una Sala de Neonatología
4. Relación con otras especialidades

Objetivos docentes específicos:

- Dominar características y patología del RN bajo peso (<2.500 g) y conocer los del RN de muy bajo peso (< 1.500 g)
- Alimentación del RN pretérmino y del RN enfermo (enteral, parenteral)
- Diagnóstico diferencial y manejo de neonato con distress respiratorio (taquipnea transitoria, enfermedad de membrana hialina, bronconeumonía, neumotórax...)

- Manejo de patología digestiva neonatal, congénita y adquirida
- Patología infecciosa, congénita y adquirida. Sepsis (precoces y tardías). Meningitis. Infecciones urinarias. Infecciones localizadas
- Enfoque del neonato con soplo. Actitud ante sospecha de cardiopatía congénita.
- Actitud ante sospecha de metabolopatía.
- Alteraciones neurológicas. Depresión neonatal. Encefalopatía hipóxico-isquémica. Hipotonía. Convulsiones.
- Patología hematológica: ictericia, anemia, policitemia, trombocitopenia
- Infección urinaria. Malformaciones renales.
- Síndromes polimalformativos

TÉCNICAS:

- Reanimación cardiopulmonar completa
- Transporte intrahospitalario
- CPAP. Manejo básico de ventilación mecánica
- Manejo de monitorización (sat O2, pCO2 tc, EtCO2, FC, FR, TA, temp)
- Manejo de la incubadora y cunas de calor radiante
- Administración de surfactante exógeno
- Manejo de catéteres epicutáneos y centrales
- Canalización de vasos umbilicales
- Punciones y drenajes torácicos
- Nutrición enteral. Introducción a la nutrición parenteral. Fortificación de leche materna
- Instauración, mantenimiento y formas de extracción de leche materna
- Fototerapia
- Indicación de transfusiones. EPO
- Cuidados centrados en el desarrollo

Objetivos docentes específicos R3 (sala cuidados intensivos)

- Adquirir conocimientos teóricos y manejo de los problemas del RN críticamente enfermo
- Estabilización del RNPRET o RN crítico.
- Patología respiratoria (enfermedad membrana hialina, bronconeumonía, neumotórax, malformaciones congénitas...) Apneas. Hipertensión pulmonar.
- Ventilación mecánica en sus diferentes modalidades. Oxido nítrico.
- Patología digestiva: íleo paralítico, enterocolitis necrotizante. Malformaciones digestivas.
- Infecciones neonatales. Sepsis (precoces, tardías). Meningitis. Infecciones tracto urinario.
- Diagnóstico y manejo del shock (séptico, hipovolémico.)
- Cardiopatías congénitas. Ductus arterioso persistente.
- Encefalopatía. Convulsiones. Hidrocefalia. Hemorragias cerebrales. Hipotonía. Coma.

- Patología hematológica. Isoinmunización. Hidrops. Trastornos de coagulación. Indicaciones de transfusiones
- Patología urológica. Insuficiencia renal.
- Alteraciones hidroelectrolíticas.
- Actitud ante sospecha de metabolopatía.
- Manejo postquirúrgico (cirugía torácica, abdominal, traumatológica, urológica, oftalmológica, DAP....)

TÉCNICAS:

- Mismas que las de R2 pero con dominio completo
- Reanimación cardiopulmonar completa
- Transporte interhospitalario de RN críticos
- Intubación y extubación. Manejo del neonato ventilado.
- Manejo de diferentes tipos de respiradores. Ventilación mecánica (convencional, sincronizada, alta frecuencia). Administración de óxido nítrico.
- Administración de surfactante exógeno
- Canalización de vasos umbilicales
- Manejo de catéteres epicutáneos y centrales
- Punciones y drenajes torácicos.
- Nutrición parenteral
- Exanguinotransfusión
- Manejo de fármacos utilizados en UCIN: inotrópicos, insulina, ...
- Manejo del postoperatorio

OBJETIVOS DOCENTES SECCIÓN DE CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA

CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA:

BLOQUE A (primer mes de rotación)

1. La historia clínica en Cardiología Pediátrica
 - a. Antecedentes personales y familiares
 - b. Anamnesis dirigida: obtención de datos objetivos y significativos
2. Exploración básica en Cardiología Pediátrica
 - a. Exploración física
 - i. Inspección:
 1. Dismorfología en Cardiología Pediátrica: reconocimiento de los principales síndromes con alta incidencia de cardiopatía: Síndrome de Down, Síndrome de Marfan, Síndrome de Turner, Síndrome de Noonan, Síndrome de Williams, Síndrome de DiGeorge, Síndrome de Alagille, Asociación Charge, asociación VATER, Síndrome de Patau, Síndrome de Edwards, Esclerosis tuberosa.
 2. Coloración de piel y mucosas: valoración e interpretación de la cianosis, la palidez y el relleno capilar. Acropaquias.
 3. Inspección del tórax: deformidades congénitas (pectus excavatum, tórax en quilla) y deformidades secundarias a cardiopatía.
 4. Valoración de función respiratoria: detección y valoración de aumento de trabajo respiratorio de causa cardíaca.
 5. Valoración de edemas: edema nefrogénico versus cardiogénico.
 - ii. Palpación:
 1. Precordial: distinción entre precordio normal, hiperdinámico e hiperquinético.
 2. Abdominal: detección de congestión visceral.
 3. Palpación de pulsos arteriales: técnica e interpretación.
 - iii. Auscultación cardio-respiratoria:
 1. Técnica auscultatoria
 2. El ciclo cardíaco: correlación entre hallazgos auscultatorios y ciclo cardíaco
 3. Sopro funcional versus sopro orgánico
 4. Diagnóstico con fonendoscopio de cardiopatías simples: Comunicación interventricular, Comunicación interauricular y valvulopatías
 - iv. Toma de constantes: tensión arterial en los 4 miembros, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación cutánea de oxígeno.
 - b. Pruebas complementarias básicas
 - i. Radiografía de tórax: indicaciones e interpretación
 - ii. Electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones
 1. Lectura sistemática del ECG pediátrico
 2. ECG normal versus ECG patológico
 3. Arritmias frecuentes sin importancia clínica: arritmia sinusal respiratoria y marcapasos migratorio
 4. Diagnóstico de las arritmias de mayor prevalencia en la edad pediátrica: extrasistolias, bloqueos y taquicardia supraventricular

5. Estudio de arritmias potencialmente letales: taquicardia ventricular, síndrome de Brugada, Síndrome de QT largo, Síndrome de QT corto.

iii. Ecocardiograma-Doppler color

1. Fundamentos de la ecocardiografía

2. Anatomía cardiovascular básica

3. Reconocimiento de estructuras anatómicas cardíacas en los principales planos ecocardiográficos: eje largo, eje corto, 4 cámaras, subxifoideo y supraesternal.

CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA:

BLOQUE B (segundo mes de rotación)

1. Teoría aplicada a la práctica

a. Anatomía y fisiología cardiovascular aplicada a la ecocardiografía

b. Electrofisiología básica aplicada a la electrocardiografía

c. Embriología cardiovascular aplicada a las cardiopatías complejas

2. Estudio de las cardiopatías congénitas más prevalentes con especial atención al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

a. Lesiones con cortocircuito izquierda-derecha

i. Comunicación interventricular

ii. Comunicación interauricular

iii. Defecto atrioventricular

iv. Conducto arterioso persistente

v. Retorno venoso pulmonar anómalo parcial

b. Lesiones obstructivas

i. Valvulopatía pulmonar

ii. Valvulopatía aórtica

iii. Coartación de aorta

iv. Interrupción del arco aórtico

c. Cardiopatías congénitas cianosantes:

i. Tetralogía de Fallot

ii. Transposición de grandes vasos

iii. Retorno venoso pulmonar anómalo total

iv. Atresia tricuspídea

v. Atresia pulmonar

vi. Síndrome de hipoplasia de las cavidades izquierdas

vii. Truncus arterioso

viii. Anomalía de Ebstein

ix. Ventrículo único

x. Ventrículo derecho de doble salida

3. Estudio de las cardiopatías adquiridas en la edad pediátrica con especial atención al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

a. Miocardiopatías

- i. Miocardiopatía hipertrófica
- ii. Miocardiopatía dilatada
- iii. Displasia arritmogénica del ventrículo derecho
- iv. Miocardio no compactado
- b. Patología inflamatoria e infecciosa cardiovascular
 - i. Endocarditis infecciosa
 - ii. Miocarditis
 - iii. Pericarditis
 - iv. Enfermedad de Kawasaki
 - v. Carditis reumática
 - vi. Síndrome pospericardiotomía
- c. Tumores cardíacos
- 4. Adquisición de habilidades técnicas (7ª-8ª semanas de rotación)
 - a. Conocimiento del electrocardiograma de 12 derivaciones: taller con realización por parte del residente de electrocardiogramas a pacientes reales.
 - b. Conocimiento del ecocardiograma doppler color: taller con realización por parte del residente de ecocardiogramas a pacientes reales.
 - i. Realización de planos ecocardiográficos estándar: 4 cámaras, eje largo, eje corto, supraesternal y subxifoideo.
 - c. Pase de consulta tutelado con anamnesis, exploración física, realización e interpretación de pruebas complementarias, diagnóstico, actitud e información a los padres.

CONOCIMIENTOS AVANZADOS DE CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA:

BLOQUE C (tercer mes de rotación y siguientes)

1. Perfeccionamiento de la técnica ecocardiográfica mediante realización de estudios tutelados a pacientes reales.
2. Ampliación de conocimientos sobre cardiopatías complejas, su diagnóstico, tratamiento médico-quirúrgico y pronóstico enfocado a la información a los padres.
3. Introducción a la Ecocardiografía fetal
4. Ampliación de conocimientos sobre Electrofisiología, arritmias y su manejo
5. Introducción a la Hemodinámica
6. Introducción a la Cardio-RNM
7. Desarrollo de labor asistencial completa tutelada en nuestra Unidad de Cardiología Pediátrica.
8. Emisión de informes con firma propia tras completar 200 estudios cardiológicos tutelados.

OBJETIVOS DOCENTES SECCIÓN DE HEMATO-ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

Objetivos docentes generales:

1. Adquirir los conocimientos básicos necesarios para el diagnóstico precoz de los tumores infantiles más frecuentes.
2. Conocer procedimientos diagnósticos clínico/radiológicos para su estadiaje.
3. Conocer las prioridades respecto a la toma de muestras diagnósticas (biopsias por citología, PAAG, biopsias a cielo abierto), en función de la sospecha diagnóstica y de la situación clínica del paciente
4. Conocer los aspectos generales del tratamiento oncológico (Cirugía, Quimioterapia, Radioterapia) y su utilización en distintos protocolos de tratamiento colaborativo tanto a nivel nacional como internacional
5. Participar de forma activa en las sesiones del Comité de Oncología Pediátrica
6. Adquisición de habilidades para el manejo diario del niño con cáncer hospitalizado con incremento progresivo de sus responsabilidades (pase de visita – entrevista y exploración clínica-, estructuración de la historia clínica, establecimiento de prioridades diagnósticas, confección de la historia clínica por problemas, puesta al día de los informes clínicos, redacción y emisión de informes clínicos, información a los padres en el momento del alta, conexión con el hospital de día de Oncología Pediátrica para establecer fecha de nuevas visitas y completar pruebas pendientes
7. Familiarizarse con el manejo de los agentes citostáticos, formas de administración y efectos secundarios de los tratamiento oncológicos.
8. Conocer y participar del trabajo en Equipo Multidisciplinar, profundizando en el acercamiento a los problemas psico-sociales que surgen en el manejo diario del niño con cáncer y su familia.
9. Adquisición de conocimientos básicos sobre Cuidados Paliativos Pediátricos, fundamentalmente en relación con el diagnóstico y tratamiento del dolor en niños, tanto originado por la propia enfermedad como por los procedimientos invasivos diagnósticos-terapéuticos (punción lumbar, aspirado de médula ósea, etc)
10. Familiarizarse con las indicaciones de inserción de los catéteres venoso centrales permanentes (Port-a-cath y Hickman), su manejo y complicaciones asociadas al uso del mismo.
11. Adquisición de habilidades específicas para la administración de tratamiento intratecal y procedimientos diagnósticos (aspirado y biopsia de médula ósea)
12. Manejo de las urgencias específicas en el niño oncológico.
13. Conocer los aspectos generales de la Hematología no Oncológica.

Objetivos docentes específicos: adquirir conocimientos teóricos y ponerlos en práctica, en los apartados que siguen a continuación.

- Leucemias y linfomas. Presentación, clasificación y esquemas de tratamiento.
- Tumores cerebrales. Formas de presentación y clasificación.
- Tumores abdominales. Wilms y neuroblastomas. Linfomas abdominales.
- Tumores óseos. Presentación, semiología radiológica.
- Neoplasias en el recién nacido. Detección y orientación diagnóstica.
- Clasificación de los citostáticos, efectos adversos más frecuentes.
- Síndrome de lisis tumoral.
- Fiebre en el niño neutropénico oncológico.

- Complicaciones tras trasplante de progenitores hematopoyéticos.
- Indicaciones de transfusión de hemoderivados en oncología.
- La entrevista y la relación diaria con el niño oncológico y su familia.

OBJETIVOS DOCENTES SECCIÓN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA

Objetivos docentes generales:

- Identificación de patrones de crecimiento patológicos.
- Identificación de la pubertad patológica.
- Diagnóstico y estabilización del niño y adolescente con diabetes.
- Diagnóstico y manejo de la patología de la glándula adrenal.
- Diagnóstico de la patología hipotálamo-hipofisaria.
- Identificación de la patología tiroidea tiroidea.
- Identificación de la patología del metabolismo óseo.
- Manejo de la obesidad en la edad pediátrica

Objetivos docentes específicos:

Adquirir conocimientos teóricos y prácticos, en

- Empleo de las tablas de crecimiento: valoración del desarrollo ponderoestatural, velocidad de crecimiento, talla diana. Identificación de patrones de crecimiento normal y patológico. Criterios de remisión de alteraciones del crecimiento.
- Pubertad precoz y retrasada. Retraso constitucional del crecimiento y desarrollo. Hipogonadismos. Criterios de remisión de patología puberal.
- Exploración del tiroides. Bocios. Detección clínico-analítica del hipotiroidismo e hipertiroidismo. Screening hipotiroidismo congénito, protocolo de actuación. Carcinomas de tiroides en la adolescencia. Criterios de remisión en patología tiroidea
- Diagnóstico de descompensaciones de diabetes al inicio y durante la evolución en el niño y adolescente, estabilización e inicio de tratamiento. Farmacodinamia de insulinas, ajustes de pauta de autocontrol. Descompensaciones agudas durante el tratamiento con Bomba de insulina. Ajustes de basal, bolo para raciones de hidratos de carbono, bolo corrector. Alimentación por raciones de intercambio.
- Patología adrenal: identificación de distintas formas de presentación. Criterios de remisión. Descompensaciones agudas: Ajustes de tratamiento.
- Diagnóstico e intervención en la obesidad infantil: pautas de alimentación y actividad física. Prevención primaria y secundaria. Seguimiento del síndrome metabólico hasta la pubertad. Criterios de remisión.
- Diabetes insípida – potomanía: metabolismo hídrico. Criterios de remisión.
- Patología del metabolismo fosfo-cálcico. Criterios de remisión.

Este programa se completará mediante el estudio dirigido de bibliografía de referencia, la visita de niños y adolescentes en sala de ingreso y el pase de consulta con la distribución que se acompaña.

Durante la consulta, según la habilidad mostrada por el residente se le dará responsabilidad en la realización de primeras visitas y acompañará al adjunto responsable en el control de sucesivas.

Distribución de Residentes en Rotatorio Endocrinología Pediátrica:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9 – 9:30 h: Pase de planta de niños ingresados con enfermedades endocrinas					
Resid 1	Ruiz	Mingorance	Ruiz	Ruiz	Mingorance
Resid 2	Mingorance	Ruiz	Mingorance	Mingorance	Ruiz

En el tiempo en que la actividad asistencial lo permita se realizarán comentarios de **casos clínicos** que tienen una misión formativa para el residente. Debe consistir en la exposición por parte del adjunto responsable de un caso real y que el residente oriente la historia clínica, pruebas complementarias y tratamiento tras diagnóstico de presunción que realizará para la siguiente reunión.

Rotatorios de especialidad: ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA

Aquellos con una duración mayor al rotatorio habitual de 2 meses. La duración mínima debería ser de 4 a 6 meses.

Durante éste, además de las reuniones comunes, este residente será el encargado de supervisar o realizar las primeras visitas, contestar las hojas de interconsulta de planta con la supervisión del Adjunto responsable en cada momento.

La división del rotatorio será de ½ del tiempo en la consulta de *Endocrino – Diabetes* y otra ½ en *Endocrino* con el objetivo de mantener una continuidad. Se ajustará dependiendo de los periodos vacacionales de cada uno de los responsables de las consultas.

Durante el tiempo de rotatorio Endocrino–Diabetes se realizará una rotación por la consulta de educación diabetológica, que se programará en cada momento con el responsable de esa consulta.

Los objetivos generales de la rotación de especialidad será la profundización en los conocimientos correspondientes a la especialidad con asunción de responsabilidad de forma progresiva en el manejo de dicha patología.

Serán los residentes de especialidad los que podrán acudir a los congresos y reuniones propias de la especialidad y los que tendrán preferencia para la participación en proyectos de investigación, publicaciones... sin menoscabo de la posible participación de residentes de rotación “básica” si procede.

OBJETIVOS DOCENTES SECCIÓN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA

1.- Salas de hospitalización:

- Pase de visita en las Salas Escolares-Lactantes (obligatorio)...supervisión por adjunto de Neuropediatría

- En ambas salas:

- reevaluación de hª clínica
- exploración: pediátrica y específica neuropediátrica
- valoración diagnóstica
- exámenes complementarios a solicitar
- indicar tratamiento
- informe de alta

2.- Consultas externas:

-Primeras visitas

- anamnesis
- exploración
- diagnostico y diagnóstico diferencial
- solicitud de exámenes complementarios con respecto a punto 3
- actitud a seguir según pasos previos

3.-Temas a dominar:

1.- Historia clínica neurológica

2.- Exploración neurológica: neonatal, lactante, preescolar/escolar

3.- Exámenes complementarios

- electrofisiología: EEG, EMG, potenciales evocados
- pruebas de imagen: radiología, TAC craneal, RNM cerebral, ecografía transfontanelar
- medicina nuclear: PET (tomografía por emisión de positrones), SPECT

4.-Temario a dominar

- 1.-neurología neonatal específica
- 2.-desarrollo psicomotor. Valoración de signos de alarma
- 3.-retraso/regresión del desarrollo psicomotor: neonato, lactante, escolar
- 4.-cefaleas
- 5.-vértigo
- 6.-trastornos paroxísticos epilépticos y no epilépticos
- 7.-ataxia: -aguda, aguda-recurrente, crónica
- 8.-trastornos de la marcha
- 9.-alteración de la conciencia: nivel, contenido
- 10.-retraso en la adquisición del lenguaje
- 11.-patología muscular: hipotonía, debilidad muscular crónica/progresiva, rigidez muscular, calambres, intolerancia al ejercicio

12.-patología craneal: tamaño, macrocefalia, microcefalia, forma del cráneo

13.-trastornos del aprendizaje escolar

Habilidades:

-punción lumbar

-medición de la presión LCR

-valoración del fondo de ojo (rotación por oftalmología)

OBJETIVOS DOCENTES UNIDAD DE NEUMOALERGIA PEDIÁTRICA

Objetivos docentes generales:

1. Adquirir los conocimientos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de la patología alérgica en el niño.
2. Adquirir los conocimientos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de los problemas respiratorios más frecuentes en los niños
3. Conocer las técnicas diagnósticas para el estudio de las enfermedades alérgicas y su interpretación. Pruebas in vivo e in vitro. Pruebas de exposición oral controlada.
4. Conocer las pruebas funcionales respiratorias, su indicación e interpretación: Espirometría, prueba de broncodilatación, prueba de esfuerzo, FeNO

Objetivos docentes específicos:

Adquirir conocimientos teóricos y ponerlos en práctica, en los apartados que siguen a continuación.

- Asma bronquial. Diagnóstico y tratamiento. Educación y autocuidados. Técnicas de administración de fármacos inhalados
- Infecciones respiratorias. Neumonía y derrame pleural
- Fibrosis quística. Métodos diagnósticos. Tratamiento de la enfermedad respiratoria.
- Dermatitis atópica
- Rinitis y conjuntivitis alérgica.
- Urticaria aguda y crónica
- Alergia alimentaria. Metodología diagnóstica y tratamiento. Inducción tolerancia oral.
- Alergia a fármacos
- Alergia a veneno de himenópteros.
- Anafilaxia.
- Farmacoterapia de las enfermedades alérgicas.
- Inmunoterapia. Indicaciones. Manejo práctico.

OBJETIVOS DOECENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA

El MIR de Pediatría ha de cumplir dentro de su programa de formación con una rotación obligatoria por el Centro de Salud durante 3 meses. Este periodo de tiempo, al igual que las rotaciones que hagan dentro de su periodo de residencia, han de estar lo más minuciosamente programadas con el objeto de que tanto para el MIR como para el Tutor por cuya consulta rota, sean lo más provechosas posible, tanto en el aspecto científico-formativo como en el personal.

PLAN DE ACOGIDA

Presentación a la Dirección del centro y de enfermería, al personal del equipo básico: administrativos, celadores, enfermería, médicos de familia, pediatras, trabajador social.

Situación de las diferentes dependencias del Centro de Trabajo: almacén, biblioteca, consultas, dependencias específicas, sala de reuniones, zona de urgencias.

Listado de interfonos y direcciones de interés.

CONSULTA DE PEDIATRÍA

Ubicación del Área de Pediatría

- Consulta de Pediatría
- Opcionalmente situar el nombre del MIR y su cargo en la puerta junto a la del tutor.
- Opcionalmente establecer un calendario del periodo completo de rotación.

Organización de la consulta:

Distribución.

- Consulta a demanda
- Consulta programada
- Controles periódicos de salud
- Consultas no demorables / Urgencias / Agenda / Horario diario.

TRABAJO EN CONSULTA:

OBJETIVOS:

- Capacitar al MIR de Pediatría en la atención a los problemas clínicos prevalentes, prevención de la enfermedad, promoción de la salud de la población infanto-juvenil y obtención de los conocimientos suficientes sobre la estructura, organización y herramientas específicas de la Atención Primaria para posibilitar su trabajo como Pediatras en un Centro de Salud.

- Se hará hincapié en aquellos aspectos que por su peculiaridad no puedan ser ofrecidos por los servicios hospitalarios, como son:

1. La atención longitudinal al niño en su desarrollo físico y psicológico.
2. El seguimiento del niño en su contexto familiar y comunitario, facilitando a los padres la adquisición de técnicas de educación para la salud, capacidad para manejar y resolver conflictos y desarrollo de habilidades de escucha y comunicación.
3. La adquisición de habilidades en la entrevista clínica.
4. El manejo de la Historia Clínica Pediátrica propia de la Atención Primaria.
5. El desarrollo psicosocial normal, del niño, atendiendo a la detección precoz de déficits sensoriales, factores de riesgo y prevención del maltrato infantil.

6. Conocer los problemas éticos que se plantean en Atención Primaria.
7. Prevenir accidentes y supervisar la salud bucodental.

Contenidos generales:

1. Conocimiento del medio. Centro de Atención Primaria. Historia Clínica.
2. Anamnesis, exploración clínica, planteamiento diagnóstico y tratamiento. Exámenes complementarios, derivación / interconsultas.
3. Actividades preventivas y sociales.
4. Epidemiología de las enfermedades en Atención Primaria.
5. Terapéutica. Manejo y dosificación de fármacos.
6. Instrumentos: espirómetro, optotipos, pesos, tallímetros, tensiómetros. Internet

Contenidos específicos:

Área clínica: patología prevalente en Atención Primaria

1. Neonatal y del lactante pequeño: ictericia, patología del cordón umbilical, obstrucción nasal, dermatitis seborreica, atópica y del área del pañal, cólicos de lactante, displasia evolutiva de cadera, problemas ortopédicos de los pies.
2. Del lactante mayor y niño: infecciones respiratorias y del área ORL, hipertrofia adenoidea, conjuntivitis aguda, rinoconjuntivitis alérgica, asma, diarrea, estreñimiento, vómitos anorexia, impétigo, pediculosis, soplo funcional, traumatismo craneal, traumatismo de miembro, anemia.
3. Del adolescente: alteraciones del desarrollo puberal, acné, vulvovaginitis, trastornos del comportamiento alimentario, depresión, obesidad.

Área de salud infantil: promoción de la salud y prevención de la enfermedad

1. Programa de revisiones periódicas del niño y adolescente.
2. Nutrición y alimentación infantil.
3. Identificación de factores de riesgo físicos, psíquicos y sociales.
4. Técnicas de despistaje visual, auditivo, metabólico y ortopédico.
5. Prevención de enfermedades o accidentes: muerte súbita del lactante, caries, accidentes de tráfico, accidentes o intoxicaciones domésticas, drogodependencias, malos hábitos alimentarios, obesidad, enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados, inmunizaciones, etc.
6. Atención a niños con dificultades especiales: inmigrantes, adopción, separación / divorcio, enfermedad grave o muerte de los progenitores, riesgo social, enfermedad crónica, etc.

Área de gestión, epidemiología y salud pública

1. Marco jurídico, estructura, organización y funcionamiento de la Atención Primaria. Conceptos de área sanitaria y zona básica. El equipo de Atención Primaria: definición, funciones, actividades y características del trabajo en equipo. Coordinación con otros niveles asistenciales.
2. Informatización de la consulta de Atención Primaria. Manejo de la historia clínica informatizada, registro, gestión y explotación de los datos clínicos. Las nuevas tecnologías como herramienta para la formación continuada: Internet, búsquedas bibliográficas, guías de práctica clínica, redes de contacto con otros profesionales...
3. Formación básica en gestión y calidad asistencial. Indicaciones e instrumentos de información y control sanitario. Contrato de Gestión y Cartera de Servicios.

4. Investigación clínica en Atención Primaria: Estadística y epidemiología aplicadas. Lectura crítica e interpretación de artículos científicos. Medicina basada en la evidencia.

APOYO TEÓRICO:

Lectura básica:

- Manual de Pediatría de Atención Primaria para Residentes. Ruiz-Cabello; García Purga.
- Pediatría de Atención Primaria. Bras i Maquillas J
- Guía de Salud Infantil y del Adolescente.
- Guía de Atención a la Infancia con Problemas Crónicos de Salud.
- Compendio de Referencias y Bibliografía básica.
- Manual de vacunas en pediatría 2005. Comité Asesor de Vacunas de la AEP

Recursos de Internet

- * Guía ABE de tratamiento de enfermedades infecciosas. Disponible en http://www.infodoctor.org/gipi/guia_abe/guia_abe.htm
- * Grupo de Actividades Preventivas de la AEPAF. Recomendaciones PrevInfad /PAPPS. Disponible en <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>
- * OMI A Pequeñas dosis. Disponible en <http://infodoctor.org/greco/omiapeq/omiapeq.htm>
- * Vacunas. Grupo Independiente de Pediatras Informatizados. Disponible en: <http://www.infodoctor.org/gipi/vacunash.htm>

SESIONES CLÍNICAS Y BIBLIOGRÁFICAS:

- Generales. Realizadas dentro del Programa del Centro de Salud.
- Específicas de la consulta. Discusión de casos. Valoración anamnésica y exploratoria. Manejo y valoración del niño según edades. Manejo y valoración de exámenes complementarios. Manejo terapéutico. Derivaciones e interconsultas, valoración de informes.

PRÁCTICA CLÍNICA:

- Manejo práctico de la consulta de forma tutelada; al menos ha de llevar la consulta un mínimo de un 10% de su tiempo de rotación.
- Si se establece, realizar rotaciones por alguna o algunas de los espacios de atención del centro (cuarto de curas, urgencias, enfermería, espirometría, trabajo social, admisión...)
- Presentar como mínimo una sesión clínica general, dentro del programa del centro.
- Presentar como mínimo una sesión sobre video-grabación en consulta, según capacidad del centro.
- Aconsejable un trabajo de campo durante su rotación sobre una tarea pactada con el tutor y posible publicación o comunicación a Reunión bien autonómica o nacional.

EVALUACIÓN:

- Evaluación del residente según libro de evaluación oficial o documento AEPap.

ANEXOS:

Directorio de interés

Cronocalendario rotación

BIBLIOGRAFÍA:

<http://www.pediatrasandalucia.org/Docs/Docencia/RotacionMIRPAndalucia.pdf>

<http://www.aepap.org/docencia/docencia2006.pdf>

<http://www.boe.es/boe/dias/2006/10/14/pdfs/A35657-35661.pdf>

OBJETIVOS DOCENTES EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

La formación de los residentes de pediatría en la unidad de cuidados intensivos pediátricos se plantea dentro de dos grandes grupos de objetivos:

- Objetivos docentes troncales
- Objetivos docentes específicos.

Objetivos docentes troncales:

El propósito de este sistema de objetivos es proporcionar una formación básica, amplia, sólida, continua y actualizada de los grandes grupos de entidades nosológicas esquematizadas en patologías por sistemas.

De esta manera se plantea a lo largo de 10 meses consecutivos el estudio continuado de la patología que atañe a un sistema. Teniendo en cuenta que el rotatorio de cada residente de pediatría dura 2 meses, a lo largo del mismo año los residentes que roten por la unidad de cuidados intensivos pediátricos se encargarán de la revisión y actualización de grupos patológicos dentro de un mismo sistema. De esta manera, los 5 residentes que roten en un mismo año participarán de manera conjunta en dicho objetivo, pudiendo actualizar sus conocimientos en una materia gracias al trabajo en equipo.

Así se contemplarían los siguientes sistemas y patologías:

- Sistema respiratorio.
- Sistema renal y metabólico. Alteraciones hidroelectrolíticas.
- Patología traumatológica: Manejo y diagnóstico del politraumatismo. Traumatismos por aparatos o sistemas. Principales complicaciones.
- Patología infecciosa: Revisión de las infecciones más prevalentes en pacientes de UCIP. Diagnóstico y manejo de la sepsis, sepsis grave y shock séptico. Patología infecciosa de etiología concreta. Métodos diagnósticos. Líneas terapéuticas.
- Otros grupos patológicos: intoxicaciones, quemados, ahogamientos.
- Patología del sistema nervioso: Congénita y adquirida. Diagnóstico y manejo. Complicaciones a corto y largo plazo.

Objetivos específicos:

El propósito de estos objetivos es adquirir las destrezas necesarias para el manejo del paciente pediátrico en una unidad de cuidados intensivos, con las particularidades que esto conlleva.

Así mismo, en la formación de residente se hará hincapié sobre aquellas patologías de interés que surjan durante su rotatorio en la unidad.

Se contemplan las siguientes áreas de conocimiento:

- Farmacología CIP: Medicación más frecuente
 - Sedoanalgesia y Parálisis muscular
 - Fármacos vasoactivos.
 - Fármacos de uso común en el paciente de intensivos.
- Manejo Hemodinámico
 - Fisiología y Monitorización Hemodinámica
 - Insuficiencia cardíaca
 - Shock: Monitorización y tratamiento
 - Arritmias

- Soporte Nutricional en CIP
 - Valoración del estado nutricional
 - Nutrición parenteral
 - Nutrición enteral
- 6- Insuficiencia Respiratoria
 - Patología de la Vía Aérea Superior.
 - Principios y Técnica de Ventilación Mecánica:
 - Ventilación mecánica invasiva
 - Ventilación mecánica no invasiva
 - Tipos
 - Programación
 - Separación del respirador
 - Ventilación en situaciones específicas: SDRA, Estatus asmático.
- 7- Fracaso Renal agudo:
 - Diagnóstico y Fisiopatología
 - Técnicas de depuración extrarrenal:
 - Diálisis peritoneal
 - HDFVVC
- 8- Patología Neurológica
 - TCE: Monitorización y Tratamiento
 - Status Epiléptico: Diagnóstico. Manejo farmacológico.
 - Manejo del paciente neuroquirúrgico.
- 9- Trastornos endocrino-metabólicos
 - Cetoacidosis diabética. Diagnóstico. Manejo.
 - Deshidratación: Tipos. Reposición hídrica.
 - Alteraciones Hidroelectrolíticas
- 10- Patología infecciosa
 - Infección nosocomial:
 - Diagnóstico y Manejo
 - Profilaxis
 - Patologías específicas: SRIS, Sepsis grave, shock séptico, FMO.
 - Infecciones por sistemas: Respiratorio, abdominal, sistema nervioso central.
- 11- Otros
 - Manejo del paciente politraumatizado
 - Intoxicaciones frecuentes y/o graves
 - Quemados.
 - Alteraciones de la hemostasia. Profilaxis TVP.
 - Manejo hemoderivados: Indicaciones y principales complicaciones.

TÉCNICAS:

- Cateterismo venoso central.
- Punciones y drenajes torácicos.
- Material de soporte respiratorio en UCIP:
- Monitorización: respiratoria, hemodinámica, neurológica.
- Cuidados de la traqueostomía.
- Indicaciones y principios de manejo de la ventilación domiciliaria.

De esta manera la formación del residente de pediatría en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos se propone como un itinerario formativo, así como un plan individual de formación, adaptado a las características de la Unidad.

OBJETIVOS DOCENTES SECCIÓN MEDICINA DIGESTIVA PEDIÁTRICA

Objetivos generales.

- Efectuar correctamente la historia clínica desde el punto de vista gastroenterológico y nutricional.
- Conocer los métodos diagnósticos más habituales en gastroenterología y hepatología. (Estudios de sangre y heces, Tránsito, pHmetría, test de disacaridasas, H espirado, test ureasa, Biopsias por succión ...etc.)
- Orientación diagnóstica y terapéutica del síndrome malabsortivo.
- Conocer las patologías más frecuentes de gastroenterología. (RGE, vómitos, Estreñimiento, fallo de medro...etc.)
- Adquirir los conceptos y conocimientos básicos de terapia nutricional
- Evaluación de estado nutricional
- Clasificación de la desnutrición
- Manejo nutricional: niño sano y niño enfermo (módulos, suplementos, enteral, parenteral, gastrostomías, etc.)
- Conocer las hepatopatías más frecuentes y su manejo.

Objetivos específicos.

- Vómitos y RGE en lactante. (Concepto, diagnóstico y tratamiento).
- Estreñimiento (Concepto, diagnóstico y tratamiento).
- Dolor abdominal (dispepsias y dolor abdominal inferior) Etiología, diagnóstico y manejo.
- Celiaquía (concepto, diagnóstico y tratamiento).
- Enfermedad inflamatoria intestinal (concepto, diagnóstico y tratamiento)
- Fibrosis quística (concepto, diagnóstico y tratamiento).
- Malformaciones congénitas (Megacolon, Atresias, etc.)
- Hepatitis infecciosas (crónicas y agudas), insuficiencia hepática, hepatopatías metabólicas. Diagnóstico y manejo.
- Malformaciones hepáticas (atresia de vías biliares). Diagnóstico y tratamiento.
- Síndrome de intestino corto. Manejo.
- Diarreas crónicas. Concepto, orientación y manejo.
- Carencias nutricionales. Déficits vitamínicos y raquitismo.
- Malnutrición calórica y proteica.
- Urgencias digestivas: (cuerpo extraño, hemorragia digestiva alta y baja)

Técnicas (conocimiento básico: indicaciones, modo de realización) .

- pHmetría.
- Test de hidrógeno espirado.
- Biopsias por succión.
- Endoscopia digestiva.
- Biopsia hepática por punción.
- Nutrición enteral y parenteral (vías centrales y periféricas, SNG, SNY y gastrostomías)

OBJETIVOS DOCENTES URGENCIAS PEDIATRIA

Objetivos docentes generales:

- Adquirir los conocimientos y experiencia necesarios para la identificación y clasificación por gravedad de los problemas que se presentan en la urgencia pediátrica.
- Adquirir destreza en las técnicas básicas que se emplean en la urgencia.
- Diagnóstico y tratamiento de las patologías urgentes más frecuentes.

Objetivos docentes específicos: adquirir conocimientos teóricos y ponerlos en práctica, en los apartados que siguen a continuación.

- Punción venosa y arterial. Vías intraóseas. Pulsioximetría. Punción lumbar diagnóstica. Punción suprapúbica. Sondajes uretrales.
- Reanimación cardiopulmonar básica y avanzada en el niño y el recién nacido.
- Atención inicial del politraumatizado.
- Intoxicaciones. Generalidades y síntomas específicos. Pautas de vigilancia y tratamiento.
- Síndrome febril sin foco.
- Sepsis-Meningitis.
- Convulsión febril.
- Traumatismos craneoencefálicos.
- Bronquiolitis. Crup y epiglotitis.
- Crisis asmática. Reacciones anafilácticas. Urticarias agudas.
- Cetoacidosis diabética.
- Neumonías.
- Cefaleas.
- Deshidratación. Rehidratación oral e intravenosa. Pautas de fluidoterapia.
- Dolor abdominal agudo. Dolor torácico agudo.
- Púrpura de Schönlein-Henösch.
- Actitud ante la sospecha de malos tratos.
- Insuficiencia cardíaca. Arritmias más frecuentes en el niño.
- Síndrome febril en el niño neutropénico oncológico.
- Síndrome de lisis tumoral.
- Reacciones transfusionales.
- Púrpura trombopénica inmune aguda.
- Escroto agudo. Fimosis y para fimosis.
- Epistaxis.
- Conjuntivitis aguda. Cuerpos extraños oculares.
- Cojera en el niño. Subluxación de la cabeza radial.

UNIDAD DE HOSPITAL A DOMICILIO DE PEDIATRÍA (UHD)

La UHD de Pediatría nace en 2008 dentro del Servicio de Pediatría suponiendo un importante logro para la población infantil de nuestro entorno. Adquiere su mayor sentido en la asistencia de enfermedades que tradicionalmente eran de ingreso hospitalario, y que gracias a la nueva Unidad se pueden asistir en el domicilio del niño a pesar de la complejidad de la enfermedad, contando con los medios adecuados y con la necesaria e importantísima colaboración de la familia.

Su modelo asistencial se basa en la atención a domicilio de niños afectos de cualquier patología pediátrica (oncológica, cardíaca, pulmonar, renal, digestiva...) que cumplan criterios de inclusión en alguno de los programas asistenciales de la unidad. Se trata de un modelo en desarrollo ya que sólo existe en algunos centros, siendo la asistencia domiciliaria en el resto del territorio nacional compartimentalizada en subespecialidades pediátricas.

Este tipo de unidades tiene como objetivos: favorecer la recuperación del niño en su entorno sin mermar la calidad asistencial, estimular y apoyar la independencia en los cuidados, ofrecer asesoramiento y respaldo continuo, disminuir ingresos hospitalarios, e indirectamente disminuir costes.

OBJETIVOS DOCENTES:

- Aspectos generales del trabajo en domicilio. Dinámica de trabajo en visita domiciliaria. Integración en el equipo. Sesiones clínicas diarias y con otros equipos hospitalarios.
- Educación sanitaria familiar. Prevención primaria y secundaria en población pediátrica de riesgo y enfermedades crónicas. Fomentar autonomía y autocuidados. Entrenamiento en técnicas básicas de enfermería.
- Seguimiento telefónico de pacientes. Colaboración con otros servicios clínicos del hospital o de otras áreas (atención primaria, hospitales comarcales, unidades de hospital domiciliario)
- Programa de apoyo integral al paciente crónico. Asesoramiento en discapacidad y minusvalía. Integración en programa de atención psicológica y asistencia social. "Cuidar al cuidador"
- Monitorización cardiorrespiratoria domiciliaria. Indicaciones. Talleres familiares de RCP básica y básica instrumentalizada en pacientes de riesgo.
- Programa de alta precoz del recién nacido. Selección de pacientes y controles clínicos.
- Oxigenoterapia domiciliaria. Aerosolterapia domiciliaria. Controles clínicos y manejo de complicaciones en pacientes con patología respiratoria crónica.
- Ventilación domiciliaria no invasiva/invasiva. Atención a pacientes traqueostomizados. Manejo clínico y complicaciones más frecuentes.
- Nutrición enteral domiciliaria. Vías de acceso. Cuidados generales de sondas y gastrostomías. Indicaciones y controles clínicos.
- Nutrición parenteral domiciliaria. Controles periódicos. Conocimiento de vías de acceso central y su mantenimiento.
- Administración de quimioterapia domiciliaria. Indicaciones y vigilancia de complicaciones.
- Transfusión de hemoderivados en domicilio. Protocolo de uso y administración.
- Conocimientos generales de curas simples y complejas.
- Cuidados generales de ostomías urológicas. Sistemas de drenaje y colección de orina.
- Analgesia y sedación en domicilio. Procedimientos. Fármacos más utilizados y métodos de infusión. Colaboración con servicio de rehabilitación para administración de toxina botulínica en niños.

- Antibioterapia domiciliaria. Indicaciones más frecuentes. Vías de acceso. Sistemas de infusión subcutánea y bombas de infusión.
- Cuidados al final de la vida. Asistencia integral al duelo. Programa de asistencia 24 horas en fase de desenlace de la enfermedad.