

# Incorporando el soporte vital de los niños con discapacidades múltiples en la formación pediátrica de posgrado: ¿qué nos dicen los estudiantes sobre esta nueva experiencia?

PAULA URRESTARAZU,<sup>\*,\*\*</sup> GABRIELA URMAN,<sup>\*\*</sup> JORGE URMAN,<sup>\*\*</sup> ARNOLDO GROSMAN<sup>\*,\*\*</sup>

\* Unidad de Cuidados Prolongados Pediátricos, División de Pediatría y Neonatología, Hospital Español de Buenos Aires, Argentina

\*\* Carrera de Especialización en Pediatría, Universidad Maimónides, Buenos Aires, Argentina

## Correspondencia:

Dra. Paula Urrestarazu  
[urrestarazupaula@gmail.com](mailto:urrestarazupaula@gmail.com)

**Financiación:** No existió apoyo financiero para la realización de este estudio.

## Palabras clave

- Niños con discapacidades
- Soporte vital pediátrico
- Educación médica de posgrado
- Incorporación curricular

## Resumen

**Introducción:** La competencia de los pediatras para el soporte vital de niños con discapacidades múltiples podría mejorar con nuevas estrategias educativas. Se evaluó, desde el punto de vista de los pediatras en formación, la incorporación de una rotación orientada al soporte vital de niños con discapacidades múltiples a dos programas de posgrado en pediatría.

**Métodos:** Se diseñaron dos encuestas: una “*diagnóstica*” para explorar las necesidades de aprendizaje de los pediatras en formación sobre este tema y otra para evaluar la competencia percibida “*prerrotación y posrotación*” en seis aspectos seleccionados, junto con el grado de satisfacción con la rotación.

**Resultados:** El 92% (n = 32) de los pediatras en formación respondieron la encuesta “*diagnóstica*”: todos refirieron haber atendido niños con discapacidad, el 90,6% identificó la temática como relevante y el 87,5% consideró que debería ser parte del currículo. De los 35 pediatras en formación encuestados, 17 realizaron la rotación en el período estudiado. Todos (n = 17) los estudiantes que completaron la rotación respondieron la encuesta “*prerrotación y posrotación*”: el 100% manifestó que esta era su primera experiencia de aprendizaje en el área, el 76,5% afirmó leer por primera vez sobre la temática y el 94,1% consideró confortable el ambiente de aprendizaje. Los puntajes utilizados para evaluar las competencias percibidas en las variables seleccionadas mejoraron significativamente luego de la rotación, salvo para las habilidades de comunicación. Los términos más frecuentemente utilizados por los encuestados para resumir los desafíos encontrados fueron “comunicación” y “familia”.

**Conclusiones:** Se han detectado necesidades de aprendizaje entre los pediatras en formación para el soporte vital de niños con discapacidades múltiples. Nuestros hallazgos sugieren que una rotación focalizada en la atención de niños con discapacidades múltiples podría mejorar estas competencias.

---

## Key words

---

- Children with disabilities
- Pediatric life support
- Medical postgraduate education
- Curriculum

## Abstract

**Introduction:** Acquisition of the competences for vital support of children with multiple disabilities may be achieved by new educational strategies. The objective of this paper was to analyze the initial implementation of a new clerkship for training medical postgraduate students in vital support of children with multiple disabilities.

**Methods:** A survey was designed to explore the educational needs of the postgraduate students. Of the 35 eligible postgraduate students, 17 participated in the clerkship. Attendees completed a survey before and after the clerkship assessing their perceived competence in six selected aspects, the relevance of the clerkship and their satisfaction with the experience.

**Results:** In the initial survey, all participants referred previous contact with children suffering disabilities. The 90.6% considered the subject as relevant and 87.5% considered that it should be part of the curriculum. For all the participants who did the clerkship this was the first educational experience in the subject and 76.5% read about it for the first time. Scores for perceived competence improved significantly after clerkship participation, except for communicational skills. The terms more frequently used by the participants to describe the challenges were "communication" and "family".

**Conclusions:** Postgraduate medical trainees have significant learning needs for vital support of children with multiple disabilities. A special clerkship focused on the vital support for these children can be an effective educational tool to improve these competences.

## Introducción

Los avances diagnósticos y terapéuticos de las últimas décadas han generado grandes cambios en las necesidades de atención de la población pediátrica. Las nuevas tecnologías, los avances en los cuidados críticos neonatales, pediátricos y las cirugías correctivas de defectos congénitos graves, entre tantos otros progresos, le han permitido a la pediatría moderna brindar oportunidades antes impensadas.

Sin embargo, estos progresos tan alentadores han provocado también cambios no deseados en los problemas de la salud infantil: los "nuevos sobrevivientes" han contribuido al observado aumento del número de niños con enfermedades crónicas y discapacidades.<sup>1,2</sup> El Informe Mundial sobre Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, de 2011,<sup>3</sup> reportó que viven, en el mundo, 95 millones de niños con discapacidad, lo que representa una prevalencia mundial del 5%.

En particular, los niños con discapacidades múltiples representan un desafío para la atención pediátrica actual por el limitado desarrollo de estándares de seguimiento, por la necesidad de apoyos tecnológicos para la vida diaria (ventilación mecánica prolongada, traqueostomía, oxigenoterapia, alimentación enteral artificial, etc.) y por la necesidad ineludible de una atención interdisciplinaria.<sup>4</sup>

La creciente ocupación de las camas de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos por niños con discapacidades múltiples constituye también un problema asistencial actual que ha impuesto el desarrollo de nuevas tecnologías portátiles, sistemas de apoyo en el hogar y unidades de cuidados prolongados o progresivos que faciliten la transición al hogar de los niños con discapacidades múltiples.<sup>5,6,7</sup>

Por otro lado, se han detectado entre los pediatras dificultades para la atención de los niños con discapacidades.<sup>8</sup> La mayoría de las debilidades reportadas tienen que ver con el manejo del soporte vital en los niños con discapacidades múltiples, la dificultad para el manejo de enfermedades crónicas complejas, el manejo de los dispositivos tecnológicos domiciliarios utilizados como soporte vital, la coordinación del cuidado y el trabajo en equipo.<sup>9,10</sup> A su vez, distintos organismos nacionales<sup>11,12</sup> e internacionales<sup>13-16</sup> han hecho hincapié en la necesidad de mejorar la formación de los pediatras para la atención de los niños con discapacidades.

Ante esta necesidad formativa, a partir de 2012, se incorporó en el programa curricular de la Carrera de Especialización en Pediatría de la Universidad Maimónides (UM) y de la Residencia de Pediatría del Hospital Español de Buenos Aires asociada a la Universidad de Buenos Aires (UBA), una nueva rotación

- Incorporando el soporte vital de los niños con discapacidades múltiples en la formación pediátrica de posgrado: ¿qué nos dicen los estudiantes sobre esta nueva experiencia?

por una unidad de internación destinada a la atención integral de los niños con discapacidades múltiples.

## Objetivo primario

- Describir la implementación inicial de una rotación orientada al soporte vital de los niños con discapacidades múltiples en dos programas de especialización en pediatría y evaluar sus resultados desde el punto de vista de los destinatarios.

## Objetivos secundarios

- Indagar acerca de la percepción de los pediatras en formación en cuanto a sus conocimientos y necesidades de aprendizaje para el manejo de los niños con discapacidades en general.
- Analizar la variación en las competencias percibidas antes de la rotación y después de ella.
- Evaluar la importancia que los participantes le dieron a la rotación y su satisfacción con ella.

## Población y Métodos

### Descripción de la intervención

Para implementar la incorporación curricular, se realizó inicialmente una revisión de la bibliografía, las recomendaciones y las estrategias educativas sobre el tema puestas en práctica a nivel nacional e internacional. Entre octubre y diciembre de 2011, se llevaron a cabo ocho encuentros de 2 horas de duración, en los que se acordó con los directores de la carrera, el jefe de división y el jefe de residentes la incorporación de una nueva rotación, teniendo en cuenta para su desarrollo los lineamientos generales del programa de residencias médicas.

Sobre la base de este análisis inicial, se diseñó una encuesta “*diagnóstica*” para evaluar la percepción de los médicos estudiantes de posgrado sobre sus conocimientos y necesidades de formación para el manejo de los niños con discapacidad en general, explorar antecedentes de formación y contar con su opinión acerca de la incorporación del soporte vital de los niños con discapacidades múltiples al currículo. Se convocó a participar a todos los pediatras en formación que se encontraban realizando su especialización (n = 35), ya sea como parte de la residencia de pediatría del Hospital Español, asociada a la UBA o de la carrera de especialización en pediatría de la UM, en octubre de 2011.

A partir de los resultados de las encuestas “*diagnósticas*” y de los encuentros académicos, se desarrolló un modelo de programa con las competencias por adquirir (Anexo). Los objetivos se incorporaron al currículo de ambos programas de posgrado a través de una rotación de carácter obligatorio incorporada en el

segundo año de formación, a partir de marzo de 2012. La rotación consistió en 120 horas de participación supervisada en la atención de los niños con discapacidades múltiples internados en la Unidad de Cuidados Prolongados Pediátricos (UCPP) del Hospital Español de Buenos Aires. Se incluyeron actividades teóricas y prácticas tanto con pacientes reales como con simuladores (Simbaby®), mediante la resolución de escenarios diseñados ad hoc en el Laboratorio de Simulación Médica de la UM. Se diseñó un plan de evaluación del desempeño de los estudiantes que incluyó una evaluación formativa, de tipo *feedback* de múltiples fuentes favoreciendo, de esta manera, la práctica reflexiva y el aprendizaje significativo. La competencia en la atención de los niños con discapacidades múltiples se evaluó al final de la rotación por observación directa utilizando una versión pediátrica del Examen de Ejercicio Clínico Reducido (*Mini-Cex*).<sup>17</sup>

### Descripción del lugar

La UCPP está emplazada dentro de un Servicio de Pediatría de 70 camas, en un hospital privado de la comunidad. Cuenta con 15 plazas de internación y admite pacientes de 30 días a 15 años de edad, con cobertura social, procedentes de la misma institución o de otros centros asistenciales. La Unidad está a cargo de un jefe de división y está coordinada por un médico especialista en pediatría. El equipo de atención está conformado por enfermeros, kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicólogos y docentes de educación especial. La atención es interdisciplinaria y se trabaja con planes individualizados de rehabilitación, acompañamiento y educación familiar para facilitar la transición al hogar y a la comunidad de los niños con discapacidades múltiples y necesidad de apoyos tecnológicos para el soporte vital.

### Población

Se convocó a participar de la encuesta “*diagnóstica*”, en forma voluntaria, a los 35 médicos que estaban cursando la Carrera de Especialización en Pediatría de la UM y la Residencia de Pediatría del Hospital Español de Buenos Aires asociada a la UBA, en octubre de 2011. Entre los 35 pediatras en formación, se identificó a los 17 que realizarían la rotación incorporada en el plan curricular, en el periodo estudiado para su posterior análisis.

### Métodos

Se diseñaron dos encuestas semiestructuradas que fueron probadas, en forma piloto, con estudiantes que no participaron del estudio.

La primera encuesta “*diagnóstica*” se utilizó para evaluar la percepción de los estudiantes en cuanto a sus conocimientos y necesidades de formación para el manejo de niños con discapacidades en general,

## ANEXO

## Programa de competencias para el soporte vital de niños con discapacidades múltiples

Al finalizar esta rotación, el estudiante debe lograr los siguientes objetivos:

Generales	Específicos
I. Adquirir conocimientos básicos sobre discapacidad infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer la definición, la clasificación y las causas más frecuentes de discapacidad en pediatría.</li> <li>- Entender cuáles son las necesidades de atención de los niños con discapacidad y de sus familias.</li> <li>- Ser capaz de describir el impacto de la discapacidad en el niño, su familia y la sociedad.</li> <li>- Entender cómo puede contribuir la rehabilitación en la atención de los niños con discapacidad, los alcances y las limitaciones de las distintas terapias.</li> <li>- Entender la necesidad de un abordaje multidisciplinario para el cuidado de los niños con discapacidad.</li> <li>- Conocer los recursos en la sociedad para la atención de los niños con discapacidad.</li> <li>- Conocer la modalidad de atención de la internación domiciliaria, reconocer el equipamiento domiciliario y participar del entrenamiento familiar.</li> </ul>
II. Desarrollar una actitud de respeto y compromiso hacia el niño con discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respetar y apreciar los deseos de los niños con discapacidad.</li> <li>- Ver más allá de la enfermedad y reconocer la individualidad.</li> <li>- Estar abierto a explorar las propias actitudes ante la discapacidad.</li> <li>- Respetar las necesidades y los aportes de los familiares.</li> </ul>
III. Lograr las competencias necesarias para el soporte vital de los niños con discapacidades múltiples	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicación efectiva y trabajo en equipo con la familia y el niño con discapacidad.</li> <li>- Examen físico, evaluación y diagnóstico del niño con discapacidad.</li> <li>- Manejo del niño con enfermedad pulmonar crónica (traqueostomía, oxigenoterapia, asistencia ventilatoria mecánica prolongada).</li> <li>- Manejo del niño con alimentación enteral artificial (gastrostomías, sonda nasogástrica, yeyunostomía).</li> <li>- Control de síntomas y problemas frecuentes (dolor, constipación, espasticidad, convulsiones, osteopenia, cuidado de la piel, cuidado oral, vacunas especiales).</li> <li>- Manejo apropiado del consentimiento informado.</li> </ul>

explorar antecedentes de formación y opinión acerca de la incorporación del soporte vital de los niños con discapacidades múltiples al currículo.

Se diseñó otra encuesta para el grupo que haría la rotación, dividida en dos partes (“*prerrotación* y *posrotación*”) que fue administrada al inicio y al finalizar la rotación. En esta encuesta, siguiendo los ejes clave del programa curricular, se tomaron seis variables para evaluar: control del dolor, manejo de la constipación, manejo de la traqueostomía, manejo de la gastrostomía, habilidades de comunicación y trabajo en equipo. La medición de la autopercepción de los alumnos sobre su capacidad para llevar a cabo las competencias propuestas se realizó mediante una escala numérica de 0 a 4, donde 0 es “no lo hice ni lo vi hacer” y 4 es “lo domino y soy capaz de enseñar a otros”. Se agregó, en forma complementaria a la encuesta “*posrotación*”, una escala para evaluar la percepción del rotante acerca del logro de los objetivos propuestos, su valoración de los conocimientos adquiridos y preguntas abiertas para ponderar los aspectos

mejor apreciados y aquellos que presentaron mayores dificultades.

Todos los cuestionarios fueron anónimos y auto-administrados. La entrega de la encuesta y el procesamiento de los datos estuvieron a cargo de personal administrativo ajeno al sector, con el fin de mantener el anonimato y evitar posibles sesgos.

Los participantes otorgaron su consentimiento para el uso de los datos obtenidos en la investigación.

Se comunicaron las frecuencias y se analizaron estadísticamente los valores obtenidos antes de la rotación y después de ella. Dado que la distribución de los datos no fue normal, se realizó una prueba *t* no paramétrica de Wilcoxon para comparar los pares de datos.

## Resultados

Durante la primera semana de octubre de 2011, se convocó a participar de la encuesta inicial “*diagnóstica*” a todos ( $n = 35$ ) los pediatras en formación de ambos programas, Residencia de Pediatría-UBA y

- Incorporando el soporte vital de los niños con discapacidades múltiples en la formación pediátrica de posgrado: ¿qué nos dicen los estudiantes sobre esta nueva experiencia?

Carrera de Especialización en Pediatría-UM, sin importar su año de formación. El 92% (n = 32) completó la encuesta. Los resultados de la encuesta “*diagnóstica*” se resumen en la Tabla 1.

Entre el 1 de marzo de 2012 y el 31 de marzo de 2013, se administró la segunda encuesta al subgrupo que realizó la nueva rotación. La sección *prerrotación* de la encuesta se administró el primer día de la rotación y la sección *posrotación*, el último día. El 100% (n = 17) de los pediatras en formación aceptaron participar. Los resultados de la encuesta “*posrotación*” se resumen en la Tabla 2.

Se midió la variación prerrotación/posrotación en la autopercepción de los participantes en cuanto a su capacidad para llevar adelante las seis competencias seleccionadas (Figura 1).

Por último, se analizó la frecuencia con la que se repetían cada una de las palabras señaladas por los estudiantes en respuesta a la pregunta abierta de la encuesta *posrotación*, en las que se les pedía que resumieran las dificultades encontradas. Dicha frecuencia se representó mediante una nube de palabras (Figura 2).

TABLA 1  
Resultados de la encuesta “*diagnóstica*” inicial

	Sí		No	
	n	%	n	%
¿Considera que la discapacidad infantil representa un problema de salud cada vez más frecuente y relevante?	29	<b>90,6</b>	3	9,4
¿Ha participado de la atención de niños con discapacidades durante su formación?	32	<b>100</b>	0	0
¿Ha leído durante su formación bibliografía específica sobre discapacidad?	7	21,9	25	<b>78,1</b>
¿Siente que conoce la etiología y la clasificación de la discapacidad infantil?	8	25	24	<b>75</b>
¿Considera que los programas de formación pediátrica deberían contar con una rotación orientada a la atención de niños con discapacidades?	28	<b>87,5</b>	4	12,5

TABLA 2  
Resultados de la encuesta “*posrotación*”

Cómo se siente usted con respecto a las siguientes afirmaciones luego de la rotación:

	CD		D		I		DA		CA	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Es mi primera experiencia de aprendizaje en la temática de la discapacidad	0	0	0	0	0	0	6	<b>35,3</b>	11	<b>64,7</b>
Es la primera vez que leo bibliografía específica sobre discapacidad infantil	1	5,9	3	17,6	0	0	5	<b>29,4</b>	8	<b>47,1</b>
Después de esta rotación, me siento más competente para el soporte vital de los niños con discapacidades múltiples	0	0	1	5,9	1	5,9	4	<b>23,5</b>	11	<b>64,7</b>
La rotación fue relevante para mi formación como Pediatra	0	0	0	0	1	5,9	2	<b>11,8</b>	14	<b>82,3</b>
El ambiente de aprendizaje fue confortable	0	0	0	0	1	5,9	3	<b>17,6</b>	13	<b>76,5</b>
Considero que la rotación debería ser parte obligatoria de los programas de formación pediátrica	0	0	0	0	2	11,8	3	<b>17,6</b>	12	<b>70,6</b>

CD = completamente en desacuerdo; D = en desacuerdo; I = indiferente; DA = de acuerdo; CA: completamente de acuerdo.

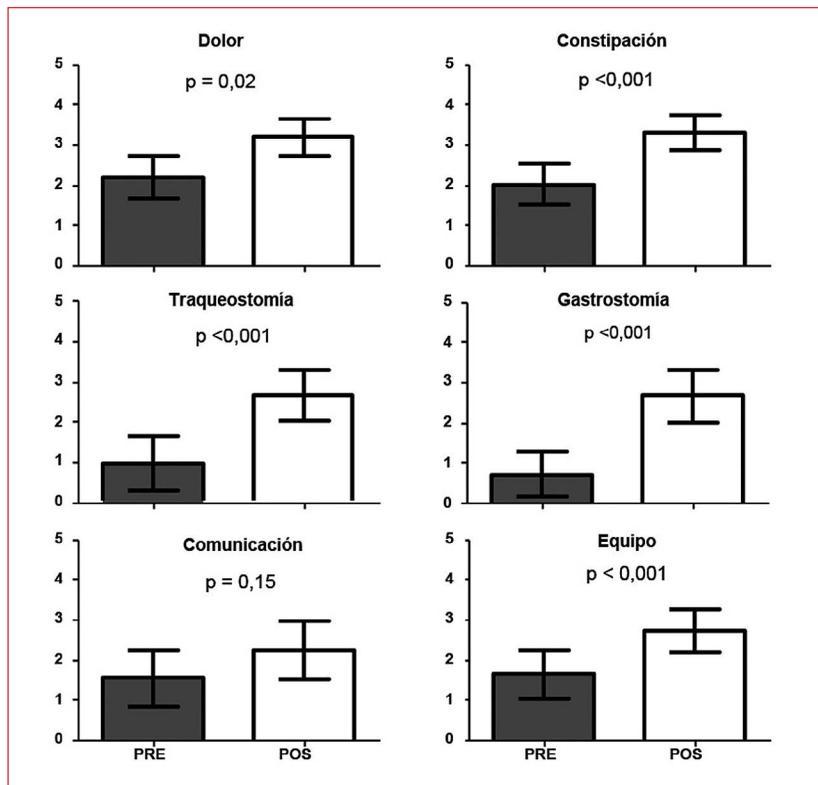


Figura 1. Diferencias obtenidas a partir de las encuestas prerrotación y posrotación para las competencias percibidas en el manejo del dolor (dolor), manejo de la constipación (constipación), manejo de la traqueostomía (traqueostomía), manejo de la gastrostomía (gastrostomía), comunicación (comunicación) y trabajo en equipo (equipo). Los valores son las medias y las líneas verticales representan el 95% del intervalo de confianza.



Figura 2. Dificultades encontradas – Nube de palabras. El gráfico representa con letras de mayor tamaño las palabras más frecuentemente utilizadas por los encuestados ante la consigna: “Resume con sus propias palabras las dificultades encontradas durante esta rotación”.

- Incorporando el soporte vital de los niños con discapacidades múltiples en la formación pediátrica de posgrado: ¿qué nos dicen los estudiantes sobre esta nueva experiencia?

## Discusión

Los resultados de este estudio coinciden con los ya reportados en la literatura por otros autores,<sup>18,19</sup> en cuanto a la falta de entrenamiento y confianza que existe entre los pediatras para el soporte vital de los niños con discapacidades múltiples.

En este estudio, encontramos que, a pesar de que el 100% de los participantes dijo, en un primer momento, haber atendido a niños con discapacidades durante su formación e identificó la temática como relevante, luego, se refirió a esta rotación como su primera experiencia de aprendizaje en la temática y relató que esta era la primera vez que leía bibliografía sobre el tema. Por lo tanto, solamente el contacto previo con los pacientes con discapacidad no había desencadenado una actitud reflexiva acerca del tema.

El empleo de la autoevaluación de los alumnos como único indicador del impacto de las actividades de formación es insuficiente. Nosotros la utilizamos con el fin de ejercitar la práctica reflexiva, evaluar las necesidades de formación y conocer la opinión de los alumnos sobre la experiencia. La evaluación sumativa de la adquisición de las competencias adquiridas durante la rotación fue realizada mediante la observación directa del desempeño.

Una de las fortalezas señaladas por los pediatras en formación que realizaron la rotación fue que pudieron aprender de los distintos integrantes del equipo de salud (especialistas pediátricos, kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, enfermeros, educadores), enriqueciendo la mirada y participando de los intercambios interdisciplinarios.

Encontramos que la competencia en los aspectos comunicacionales con el paciente y su familia fue relatada como una dificultad tanto en respuesta a las preguntas estructuradas, en la comparación de las habilidades percibidas antes y después de la rotación, y en las respuestas a las preguntas abiertas. Si bien este problema trasciende el área de la discapacidad, pareciera profundizarse en este caso por lo estresante de sus contenidos. En este sentido, la detección de esta debilidad nos permitió hacer ajustes e implementar medidas de mejora.

Limitaciones: Dado el pequeño tamaño de la muestra, no se consideraron variables como sexo, edad, procedencia, diferencias en la formación de grado entre los participantes ni año de formación de posgrado. La relación entre la autopercepción de mejora en las habilidades y la calificación en el desempeño escapa a los objetivos del presente estudio y será evaluada en una futura investigación.

## Conclusiones

Presentamos un modelo de enseñanza focalizado en el soporte vital de los niños con discapacidades

múltiples para el cual se han definido objetivos específicos y que ha sido introducido curricularmente en una carrera universitaria de especialización en pediatría y una residencia de pediatría en la Argentina.

Nuestros hallazgos han demostrado que, desde el punto de vista de los pediatras en formación, la rotación ha logrado sus objetivos en los tópicos evaluados, salvo en los aspectos comunicacionales, lo que marca un desafío para el reajuste del programa de formación a futuro.

Nuestros resultados son alentadores tanto por la factibilidad del cambio curricular, como por su aceptación por parte de los pediatras en formación. Esta experiencia nos ha aportado un modelo que ya está siendo incorporado a la formación de grado por nuestro grupo y que podrá ser a su vez replicado, y seguramente mejorado, por otros equipos de trabajo interesados en la temática.

## Bibliografía

1. Lejarraga H. La atención pediátrica de pacientes crónicos, una práctica necesaria. *Arch Argent Pediatr* 2006; 104(1): 62-63.
2. Wise PH. The future pediatrician: the challenge of chronic illness. *J Pediatr* 2007; 151(5): 6-10.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Discapacidad, 2011. Disponible: en [http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75356/1/9789240688230\\_spa.pdf](http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75356/1/9789240688230_spa.pdf). Consulta: junio de 2013.
4. Cohen El, Kuo DZ, Agrawal R, Jay G, et al. Children with medical complexity: an emerging population for clinical and research Initiatives. *Pediatrics* 2011; 127: 529.
5. Fraser J, Mok Q, Tasker RC. Survey of occupancy of paediatric intensive care units by children who are dependent on ventilators. *BMJ* 1997; 315: 347-348.
6. Homer CJ, Klatka K, Romm D, Kuhlthau K, Bloom S, Newacheck P, Van Cleave J, Perrin JM. A review of the evidence of the medical home for children with special health care needs. *Pediatrics* 2008; 122 (4): e922-937.
7. American Academy of Pediatrics Committee on Children with Disabilities. Care coordination in the medical home: integrating health and related systems of care for children with special health care needs. *Pediatrics* 2005; 116(5): 1238-1244.
8. Sneed RC, Warren LM, Stencil CS. Training of pediatricians in care of physical disabilities in children with special health needs: results of a two-state survey of practicing pediatricians and national resident training programs. *Pediatrics* 2000; 105: 554-561.
9. Agrawal R, Shah P, Sanabria L, Kohrman C, Kohrman AF. Barriers to care for children and youth with special health care needs: perceptions of Illinois. *Clin Pediatr* 2012; 51(1): 39-45.
10. American Academy of Pediatrics, Committee on Children with Disabilities. The role of the pediatrician in prescribing therapy services for children with motor disabilities. *Pediatrics* 1996; 98: 308-310.
11. Sneed RC, Warren LM, Stencil CS. Physicians' reliance on specialists, therapists, and vendors when prescribing therapies and durable medical equipment for children with special health care needs. *Pediatrics* 2001; 107(6): 1283-1290.
12. Yulitta H. La visión de los médicos en formación ¿Residentes? 2do Congreso Argentino de Discapacidad en Pediatría,

- Sociedad Argentina de Pediatría, septiembre de 2012. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/congresos/2012/disca/ppt/Jueves/yulittavision.pdf>. Consulta: junio de 2013.
13. Cardigni G. La discapacidad en la formación profesional, enmendando errores. Segundo Congreso Argentino de Discapacidad en Pediatría, Sociedad Argentina de Pediatría, septiembre de 2012. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/congresos/2012/disca/ppt/Jueves/cardigniformacion.pdf>. Consulta: junio de 2013.
  14. Starmer AJ, DUBY JC, Slaw KM, Edwards A and Members of the Vision of Pediatrics 2020 Task Force. Pediatrics in the year 2020 and beyond: preparing for plausible futures. Pediatrics 2010; 126: 971-981.
  15. Sectish TC, Zalneraitis EL, Carraccio C, Behrman RE. The state of pediatrics residency training: a period of transformation of graduate medical education. Pediatrics 2004; 114: 832-841.
  16. Strickler R, Chesney HJ, Mulvey J, et al. Final Report of the FOPE II Pediatric Subspecialists of the Future Workgroup. Pediatrics 2000; 106: 1224.
  17. Urman G, et al. Evaluación por competencias en formación de posgrado: implementación de una adaptación clínica del Examen de Ejercicio Clínico Reducido (Mini-Cex). Arch Argent Pediatr 2011; 109(6): 492-498.
  18. Jackson JM, Radulovic A, Nageswaran S. Managing medical equipment used by technology-dependent children: evaluation of an instructional tool for pediatric residents and medical students. Clin Pediatr 2012; 51(1): 770-777.
  19. Cohen E, Jovcesvska V, Kuo DZ, Mahant S. Hospital-based comprehensive care programs for children with special health care needs: a systematic review. Arch Pediatr Adolesc Med 2011; 165(6): 554-561.
-