

programa y la reflexión que, si dadas las particularidades intrínsecas de cada programa, estos eran susceptibles de actualización. Una vez realizado el ejercicio de renovación del registro calificado, pasan los programas de especialización de 66% a 88% con un trabajo académico semanal menor de 69 horas, y de 33% a 64% de los programas con menos de 59 horas por semana. La importancia de estos resultados radica en el equilibrio de trabajo diario del estudiante de posgrado cercano a las 10 horas al día, distribuidos en 6 a 8 horas de presencialidad y complementadas con 2 a 4 horas de estudio independiente. La reducción de los créditos y por consiguiente del trabajo académico en la mayoría de los programas de especializaciones médico quirúrgicas, puede redundar en una formación más equilibrada, consecuente con las competencias de cada programa y mejorar las condiciones de bienestar del estudiante de posgrado. Las nuevas estrategias didácticas, el conocimiento sobre las curvas de aprendizaje, la flexibilidad curricular, la movilidad, los métodos de evaluación y seguimiento, las tecnologías de información y comunicación, la simulación, los laboratorios, entre otros, deben permear el quehacer del proceso enseñanza aprendizaje, volviéndolo más eficiente, individualizado e integral, y disminuyendo los tiempos de aprendizaje. Tanto profesores como estudiantes, deben reconocer que la formación de las especializaciones médico quirúrgicas, es un proceso altamente dinámico con cambios de paradigmas permanentes, sobre los cuales no solo se debe estar informado, sino que requiere una reflexiva capacidad de apropiación, adaptación y transformación.

## CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR

Andrés Szwako

*Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay*

**Introducción:** El consentimiento informado o ilustrado, más que un encuentro puntual para informar brevemente al paciente sobre su condición, diagnóstico y terapia indicada y gestionar la firma de un pliego, es un proceso educativo e interpersonal de constante evolución y dinámica a tono con la individualidad del paciente. El consentimiento informado es el instrumento mediante el cual el paciente ejerce su derecho a la autodeterminación y para ello el médico está en el deber de dar la información que aquel necesita. El requerimiento de obtener el consentimiento ha sido ampliamente fundamentado en un replanteamiento de la relación médico paciente tradicional, sustentado en el reconocimiento de la autonomía individual.

**Objetivos:** Determinar edad, sexo, Universidad de origen y año de egreso de los residentes. Establecer el nivel de conocimiento que tiene los residentes sobre el consentimiento informado en medicina. Determinar los temas menos conocidos sobre el consentimiento informado de los médicos residentes. Relacionar el año de Residencia y el nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado.

**Material y métodos:** Diseño: Estudio observacional, descriptivo, cuantitativo, de corte transversal, basado en cuestionario autoadministrado. Área de estudio: La investigación se llevó a cabo en los Programas de Residencia del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción y del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Muestra: 8 residentes del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción, 10 residentes del Sanatorio Adventista de Asunción y 29 residentes del Hospital Central del Instituto de Previsión Social que aceptaron llenar el cuestionario. Unidad de análisis: médicos residentes. Muestreo: no probabilístico, por conveniencia.

**Métodos:** Para la realización de este trabajo se utilizó un diseño intersujeto, en el que se le administraba un mismo cuestionario a cada uno de los sujetos de la muestra. El cuestionario de realización propia, basada en un estudio relacionado, consta de 10 ítems o preguntas cerradas, con 3 o 4 opciones cada una. Se realizó una prueba piloto con 3 residentes de una institución que no se incluyó en el estudio.

**Resultados/conclusiones:** El rango de edad de los residentes fue de 24 a 40 años, siendo mayor el grupo de 27 años; el sexo predominante fue el femenino; la Universidad de origen fueron varias, la gran mayoría del país; y año de egreso de los residentes estuvo en el rango de 2004 a 2012. El nivel de conocimiento de los residentes sobre el consentimiento informado en medicina fue alto y medio alto mayoritariamente. Los temas o ítem que mayor variabilidad de respuesta hubo fueron 3 principalmente y se refieren al fin del consentimiento informado, en qué principio ético se basa; y, si debiera dar más explicaciones que las aportadas en el formulario a los pacientes. Al relacionar el año de Residencia y el nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado se concluye que los de años superiores, 2º y 3º año, tienen un nivel más alto de conocimiento.

## ADQUISICIÓN DE HABILIDADES EN EL MANEJO DE UNA CRISIS DE HIPERTERMIA MALIGNA: SIMULACIÓN DE ALTA FIDELIDAD VERSUS ESTUDIO DE CASO

Marcia Corvetto, Carlos González, Alejandro Delfino, Fernando Altermatt y Erika Himmel  
*Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile*

**Introducción:** Los errores cometidos durante el diagnóstico y tratamiento se deben en gran parte a deficiencias cognitivas, especialmente las relacionadas con razonamiento clínico y toma de decisión, este proceso es complejo de evaluar y los facultativos desconocen la mejor forma de evaluarlo.

**Objetivo:** Comparar el logro de conocimientos y desempeños clínicos adquiridos por residentes de anestesia sometidos a un caso de hipertermia maligna, a través de 2 intervenciones, simulación clínica y estudio de caso.

**Métodos:** Posterior a la aprobación del Comité de Ética, 28 residentes de anestesia participaron en este estudio prospectivo, aleatorizado y ciego. Todos prepararon el manejo de una crisis de hipertermia maligna (HM),

mediante bibliografía y una clase teórica. Los participantes fueron aleatoriamente asignados a uno de dos grupos: estudio de caso (EC) o escenario de simulación (ES). El grupo EC trabajó en el caso a través de una plataforma virtual y el grupo ES participó en un escenario de simulación más su respectivo debriefing. Posteriormente, todos participaron en caso de HM simulado, que fue grabado en video. Los videos fueron evaluados por 2 observadores independientes y ciegos, que calificaron su desempeño usando una rúbrica. Los participantes realizaron un test de conocimiento previo y posterior al caso, más una encuesta de satisfacción. Dependiendo del tipo de datos obtenidos, se usaron pruebas paramétricas o no paramétricas con el programa SPSS (v.19).

**Resultados:** Todos los residentes completaron el proyecto. Al analizar conocimientos pre y post-test se observa una diferencia significativa a favor de simulación ( $p = 0.032$ ). En relación con la satisfacción, se observan diferencias a favor de simulación, siendo más entretenida y logrando mejor los objetivos de la sesión. La comparación entre las evaluaciones de desempeño clínico entre las muestras se efectuó empleando la suma de las categorías de la rúbrica asignada por los evaluadores. Los resultados evidencian diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo simulación en la capacidad de jerarquizar conductas terapéuticas pertinentes ( $p = 0.008$ ), reconocer precozmente complicaciones ( $p = 0.028$ ) y comunicarse con el equipo de salud ( $p = 0.014$ ). No hubo diferencias con la capacidad de realizar diagnóstico, reconocer diagnósticos diferenciales, establecer conductas en relación con el manejo de Dantrolene, tratar al paciente con principios éticos y capacidad de comunicación e interacción con el cirujano.

**Conclusiones:** El entrenamiento con simulación de alta fidelidad es mejor que el estudio de caso en satisfacción, adquisición de conocimiento y en 3 de los 8 elementos del desempeño clínico. Creemos que la falta de mejoría en el resto de los elementos del desempeño clínico, podría deberse a ciertas limitaciones técnicas del diseño. Por ejemplo, la ausencia de diferencia en el diagnóstico puede deberse a que los residentes saben que vienen a un caso de HM. Debemos realizar esfuerzos para afinar nuestra herramienta de evaluación y lograr una mayor concordancia entre ella y el tipo de entrenamiento realizado. Se necesitan más estudios para evaluar poblaciones más grandes y para evaluar la mantención de las habilidades potencialmente adquiridas.

## ORIENTACIONES EN DIDÁCTICA PARA LA FORMACIÓN DE COMPETENCIAS EN LOS POSGRADOS MÉDICOS

Leonor Galindo, María Elena Arango Rave  
y Juan Antonio López Núñez  
*Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia*

**Introducción:** Como resultado de la investigación denominada “Caracterización del modelo basado en competencias profesionales de educación médica desarrollado en doce especialidades clínicas y nueve quirúrgicas de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia - Colom-

bia. Hacia un nuevo enfoque”, se hace un aporte a la didáctica clínica para una mejor práctica docente y un desarrollo intencionado de competencias profesionales. Este conocimiento permite establecer directrices para la planeación, el desarrollo y la evaluación del proceso educativo.

**Metodología:** La investigación se desarrolló en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia entre los años 2011 a 2014, con un enfoque metodológico mixto, cualitativo y cuantitativo, y en ella participaron residentes, egresados, profesores y jefes de las 21 especialidades médicas. Los resultados de la investigación evidenciaron que las estrategias didácticas utilizados en la formación médica de las especialidades clínicas y quirúrgicas, exigen intencionalidad formativa del profesor hacia el residente, así como un buen manejo de la competencia comunicativa para que genere un espacio de respeto, cooperación y receptividad, que permita el desarrollo consciente de competencias genéricas y específicas que se requieren. Una actitud que permita el direccionamiento propositivo y retador hacia el logro de aprendizajes significativos.

**Conclusiones:** Existe una didáctica clínica propia que requiere ser aplicada con intencionalidad para potenciar la investigación y el aprendizaje significativo, favorecer la autonomía y estimular trabajo colaborativo. Se concibe al profesor como tutor mediador y al estudiante como el protagonista de su proceso de formación que desarrolla capacidades de pensamiento, espíritu investigativo y cualidades humanas que lo sensibilizan para las buenas prácticas médicas.

## POLÍTICAS PÚBLICAS Y EDUCACIÓN DE RESIDENTES

Gabriela Juez  
*Universidad Mayor, Santiago, Chile*

**Introducción:** Chile es un país con gran necesidad de especialistas y de que los mismos se comprometan a trabajar en el sistema público de salud, que atiende al 80% de la población y que jurídicamente está obligado a proporcionar atención de calidad garantizada y prestada por especialistas idóneos. “La Misión de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor es aportar a la sociedad mediante la formación de profesionales del área de la salud, emprendedores, con principios éticos, una sólida base científica, una visión holística del ser humano y que sean capaces de actuar en un entorno dinámico y cambiante. La Facultad además favorecerá el desarrollo de actividades propias del quehacer universitario y su vinculación con el medio, contribuyendo al desarrollo de la nación”. De tal modo que no podría prescindir de colaborar académicamente con las políticas públicas de Salud de Chile.

**Objetivo:** Formar especialistas idóneos y que se incorporen a todas las instancias de los servicios de salud chilenos.

**Metodología:** Desde el año 2006, se recibieron ofertas de Servicios de Salud de financiar becas de especialidades con destino asignado. Se consideró un valor agregado que un postulante a especialidades médicas estuviera dispuesto a comprometerse con la salud en el sistema público