

registros eran llevados en papel, lo que dificultaba el análisis de los datos. Hoy existen diferentes tecnologías de la información de fácil acceso y manejo por nuestros residentes. Nuestro objetivo es describir la experiencia luego de 4 años de implementación de un SIREPRA de la Universidad de La Frontera de Temuco.

Material y método: A finales del 2012 se diseñó un SIREPRA en plataforma Google Drive®. El periodo analizado es desde abril 2013 a octubre 2016. El registro de datos es realizado por los residentes desde cualquier tipo de dispositivo electrónico, quedando enmascarada la identidad del paciente. Se realizan auditorias de datos trimestralmente.

Resultados: Se han registrado 12,725 procedimientos (53.3% anestesia general, 44.7% anestesia regional, 1.2% procedimientos invasivos puros y 0.8% otros) que dan cuenta del 22.4% del total de procedimientos del hospital en el periodo: 48.1% ASA I, 36.6% ASA II, 12.8% ASA III y 2.4% ASA IV a VI; 61.2% sexo femenino. De las anestesia regionales, 51% son espinales, 30% peridurales y 19% bloqueos regionales. Se reportó un total de 124 complicaciones de procedimiento (0.97%), 49.2% de ellas en residentes de primer año, 20.2% de segundo año y 30.6% de tercer año.

Conclusiones: El sistema electrónico de registro de procedimientos de residentes es un método útil para poder evaluar el desempeño cuantitativo de los residentes. Es un sistema en tiempo real que permite realizar cruces de variables para distintos análisis de desempeño e intervenir en consecuencia.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.075>

Evaluación de la participación de médicos en campamentos educativos para niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1



Carola Goecke, Javiera Hansen,
Alejandro Martínez

Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: Recientemente se ha publicado en la literatura que los campamentos educativos (CE) para pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) pueden mejorar su adherencia al tratamiento y control glicémico.

Objetivo: Evaluar si la asistencia a los campamentos de diabetes es una instancia de promoción de salud.

Metodología: Se envió una encuesta a todos los médicos miembros de la rama de Endocrinología de la Sociedad Chilena de Pediatría, así como a diabetólogos de adultos de la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Universidad de Chile.

Resultados: Se recibieron 15 encuestas; 13 respondieron haber participado en CE de DM1. La mayoría (46%) participó en calidad de endocrinólogo pediátrico y la minoría (8%) como diabetólogo de adulto. Se trabajó con pacientes de todas las edades pediátricas, pero la mayoría participó en la sesión con el grupo entre 12 y 14 años (67%), por ≥ 5 días (54%). Respecto al logro de competencias CanMEDS, el 69% logró trabajar con pacientes para aumentar las oportunidades de adoptar conductas saludables, el 54% pudo incorporar la prevención de enfermedades, la promoción de salud y la vigilancia en salud en la interacción con el paciente. Respecto a habilidades adquiridas, el 54% consiguió trabajar con

el grupo para identificar las determinantes en salud que los afectan y el 77% consideró que contribuyeron en el proceso para mejorar la salud del grupo. El 85% participó en actividades como evaluación glicémica, ajuste de terapia insulínica y manejo de emergencias respecto al uso de esta.

Conclusiones: La participación de médicos dedicados al área de endocrinología en CE de DM1 es beneficiosa y debe estimularse su asistencia.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.076>

Etnoeducación en programas de posgrado en salud como respuesta a situaciones problema, en la prestación de servicios de salud a comunidades minoritarias, a la luz de la multiculturalidad en Colombia



Jose Luis Monroy Amado^a,
Juan Camilo Galvis Mejía^b

^a Universidad Tecnológica de Pereira

^b Hospital Universitario San Jorge

Objetivo general: Implementar estrategias en educación de posgrado, basadas en las diferencias culturales étnicas, para una mejor atención en salud.

Objetivos específicos: Vincular la cátedra de etnomedicina en las facultades de salud. Adaptar guías de prevención y tratamiento para comunidades nativas, en áreas de influencia de las facultades de salud.

Resumen: En Colombia la atención en salud es cobijada por el derecho fundamental a la vida, en el artículo 11 de la constitución política, con un carácter universal y neutral, sin distinción de etnias, género o condición social. Pero en los últimos años y casi desde la implementación misma del sistema general de salud, se han visto múltiples tropiezos en su aplicación. La poca accesibilidad y calidad del sistema, la intermediación para la prestación de servicios, la corrupción del sector público y privado, el desprestigio y la poca credibilidad del gremio médico, las contrataciones perversas, sin estabilidad ni seguridad social, hacen de la salud en nuestro país un caldo de cultivo para perpetuar la pobreza y aumentar la brecha entre clases, situación descrita por Chomsky como necesaria para la estabilidad de un sistema capitalista pleno. Adicional a este sombrío panorama, las minorías étnicas se ven sometidas a situaciones particulares, que conllevan una peor atención en salud, impactando en morbilidad materna, infantil y general. Cuando un boom mediático, dispara la atención de masas, se hace evidente el problema, pero las soluciones a corto y mediano plazo se tornan lejanas, ya que las políticas estatales distan de ser aplicables en estas comunidades, por desconocimiento cultural y por intentar unificar las estrategias, sin respetar tradiciones ancestrales y sin un cronograma efectivo que disminuya la mortalidad, mientras estas iniciativas llegan a buen término.

Conclusiones: Es difícil llevar a la práctica conductas, si no hay intervenciones claras desde el ámbito universitario, en las facultades de educación de salud, donde los objetivos no incluyen el acercamiento a la realidad de las comunidades étnicas minoritarias. Es por esto que se hace necesario investigar sobre las bases filosóficas y culturales profundas de estas comunidades, llevando a intervenciones

más efectivas. Comprender su cosmología, su imaginario, su percepción de salud-enfermedad y su lenguaje serían algunas de las condiciones que podrían llevar a una atención en salud más integral; esto soportado por un mejor entendimiento de las legislaciones y siguiendo el pluralismo razonable de Rawls. Consideramos que se debe tener un enfoque multidisciplinario, incluyendo aspectos históricos, antropológicos, culturales, filosóficos, médicos y políticos que sustenten la implementación de cátedras de etnoeducación en las facultades de salud, como un primer paso para mejorar la aplicabilidad de las normas existentes, y generar nuevas estrategias efectivas, al ser fundamentadas en los cimientos sólidos de un conocimiento formal de las culturas minoritarias.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.077>

Cambios y nuevas tecnologías para el cuidado de heridas utilizado por enfermeras con calificación en atención primaria enmarcado en el modelo de residencia. Un relato de experiencia



Laís Santos, Glauca Bohusch, Alice Mariz, Ana Carolina Tavares Vieira

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Introducción: Las heridas son atendidas por enfermeras desde el comienzo de la profesión. El escenario de estudio es una unidad de salud de la familia compuesta por 13 equipos, de los cuales 8 están en el Programa de Residencia en Enfermería de Salud de la Familia de la Municipalidad de Río de Janeiro, en Brasil (PRESF-RJ), desde marzo de 2015.

Objetivo: Analizar los cambios observados en el cuidado de heridas después del inicio de un programa de entrenamiento.

Método: El estudio utilizó como pruebas los registros de las lesiones hechas por las enfermeras en hojas de seguimiento de los pacientes y en sus registros electrónicos. Esta búsqueda identificó 34 pacientes acompañados y todos tratados con cobertura especial antes de la residencia.

Resultados: Después de 6 meses del inicio del PRESF-RJ, la unidad tenía 96 pacientes registrados, de los cuales 80 pertenecen a los equipos con enfermeras residentes, con un total de 87 pacientes con cobertura especial recetada. A partir del registro electrónico se observó que un mes antes de la llegada de las residentes de enfermería a la unidad solo se habían registrado 72 emplastos, y 6 meses después del inicio del programa de residencia fueron realizados 156 emplastos. Además, los equipos se han apropiado de más cuidado de los pacientes con lesiones y buscado tecnologías más avanzadas.

Conclusión: Con este aumento, se infiere que estos pacientes están siendo evaluados con mayor frecuencia, o que los pacientes que previamente no asistían a la unidad están llegando, lo que significa la ampliación del acceso y la continuidad de la atención al paciente. Por lo tanto, consideramos que las instancias de formación profesional a lo largo de las líneas de residencia contribuyen a la calidad del trabajo de enfermería en el cuidado de heridas y amplía el

acceso del paciente a los servicios disponibles, mejorando la calidad de vida de los usuarios.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.078>

Bases filosóficas de la evidencia como sustento de las conductas médicas actuales



Jose Luis Monroy Amado^a,
Jose Fernando Ospina^b

^a Universidad Tecnológica de Pereira

^b Universidad de Caldas

Objetivo general: Conocer aspectos filosóficos que soportan la medicina basada en la evidencia.

Objetivos específicos: Definir las bases aristotélicas de la evidencia y el conocimiento deductivo. Asociar conceptos de juicio analítico y sintético kantiano, de valor de verdad y de hecho de Leibniz y de relaciones de ideas y cuestiones de hecho de Hume, en la aplicabilidad de la medicina basada en la evidencia.

Resumen: En los últimos años se ha consolidado la estrategia de medicina basada en la evidencia (MBE) como pilar fundamental del acto médico, sus conductas, la investigación y la enseñanza de la medicina. Es claro que se intenta mejorar la práctica clínica en salud buscando mejores conductas y disminuyendo la variabilidad en la toma de decisiones. Sin embargo, se han generado vacíos en la conceptualización y se ha terminado por seguir protocolos y guías sin profundizar en bases fisiológicas o bioquímicas de las conductas, incluso llegando al límite de reducir la educación médica al acto de repetir recomendaciones de expertos con soportes estadísticos, sin acudir al empirismo como fuente de saber, reivindicado por Locke. Aristóteles definía el conocimiento científico como deductivo, viniendo de lo general a lo particular y comparable a algo evidente, definido a su vez como algo cierto y comprobable. Acá descubrimos la primera limitante, ya que el ser humano, como ente dinámico y en eterno movimiento, es poco probable que contenga muchos conceptos de absoluta verdad o que puedan incluirse en la lógica matemática o la geometría euclidiana. El estudio con mayor peso es el metaanálisis, que etimológicamente significa «más allá del análisis». Teniendo en cuenta el concepto kantiano en la *Crítica de la razón pura*, la proposición analítica es aquella cuyo valor de verdad puede ser determinado por el significado de los términos involucrados, a diferencia de las proposiciones sintéticas, que ameritan prueba o contrastación empírica. Leibniz sugiere los términos verdades de razón y verdades de hecho, las primeras con verdad necesaria, las segundas con verdad contingente. Para Hume, existe una distinción entre las relaciones de ideas (*relation of ideas*) como la geometría, el álgebra y la aritmética; en resumen, toda afirmación demostrativamente certera, y las cuestiones de hecho (*matters of fact*), que son los segundos objetos de la razón humana, que no son afirmados de la misma manera ni son evidencia para su verdad. El campo de la medicina es precisamente natural, por lo que sería incorrecto intentar darle valor de verdad analítica o de relación de ideas o de verdad de razón.