

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.

Conclusiones: La educación médica debe continuar soportándose en métodos de ayuda como la estadística y las biomatemáticas, sin olvidar lo natural del ser humano. Debemos abandonar la concepción de que una recomendación estadística es verdad absoluta, hecho que limita la duda de Descartes y la generación de futuro conocimiento. En nuestros programas de posgrado se deberían conocer con mayor profundidad los conceptos filosóficos que soportan la MBE.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.079>

Uso de simulación en programas de especialidad de otorrinolaringología en Chile



Francisco Pérez, Natalie Thone,
Diego Correa, Ximena Triviño

Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: En la medicina actual hay una creciente preocupación por la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención. En este contexto, en conjunto con los grandes avances tecnológicos y la necesidad de estandarizar las oportunidades educacionales, la simulación se ha vuelto una metodología de aprendizaje atractiva y efectiva para la enseñanza-aprendizaje de residentes. El objetivo de este estudio es describir el estado actual de simulación en residentes de otorrinolaringología en Chile.

Metodología: Estudio transversal de tipo descriptivo. Se diseñó una encuesta en la plataforma Survey Monkey de 10 preguntas, la cual se distribuyó vía electrónica a los encargados docentes de los distintos programas de formación en otorrinolaringología.

Resultados: Se obtuvo una tasa del 100% de respuesta. Cinco de los 7 centros de formación usan al menos un modelo de simulación. Se utiliza para la enseñanza-aprendizaje de destrezas tales como taponamiento nasal, sutura, endoscopia nasal, entre otras. La razón por la que en algunos centros no se usa es fundamentalmente la falta de recursos. La principal área de posible desarrollo es el entrenamiento de competencias quirúrgicas básicas, como la sutura, junto al área de la rinología.

Conclusiones: La simulación es una herramienta poderosa para la enseñanza-aprendizaje de residentes. Sin embargo, en nuestra especialidad es un ámbito que, por distintos motivos, se encuentra subutilizado en comparación con la experiencia en otros centros a nivel mundial. Un mayor desarrollo de esta área facilitaría la estandarización del aprendizaje de residentes y el desarrollo de habilidades clínicas, sin comprometer la seguridad de los pacientes.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.080>

Incorporación de la entrevista psicológica de competencias laborales en la selección de postulantes a especialidades médicas



Juana Zamorano^a, Mario Portilla^a,
Joaquín Celis^b, Verónica Puig^b

^a *Escuela de Postgrado, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes*

^b *Escuela de Psicología, Universidad de los Andes*

Introducción: La oferta de programas de especialización en medicina es baja, lo que obliga a realizar un proceso de selección para identificar a los candidatos que tendrán un buen desempeño en su programa y en su especialidad. La generación actual de postulantes (denominada *milenium*) presenta características psicológicas como inmadurez, individualismo y autoestima inflada que obligan a realizar una selección en esta área. En el campo laboral se han introducido como método de selección las entrevistas basadas en competencias laborales, que permiten evaluar el futuro basado en el desempeño frente a situaciones vividas.

Método. Diseño de la entrevista: Se seleccionaron 2 tipos de competencias, unas llamadas generales, que reflejan la misión de la Universidad de los Andes y que incluían trabajo en equipo, compromiso con la calidad de trabajo, respeto, integridad, conocimientos técnicos y orientación al cliente, y otras que se denominaron específicas de cada especialidad y que fueron seleccionadas por los jefes de cada programa; en general son de 4 a 5 competencias, por ejemplo en pediatría incluía: adaptación y flexibilidad, comunicación eficaz, dinamismo y energía, iniciativa y perseverancia. Se excluye a postulantes de psiquiatría en este proceso.

Proceso de la entrevista: Se trabaja con un equipo de 4 psicólogos laborales, con entrevistas de aproximadamente una hora; luego se redacta un informe escrito que se envía a la escuela de posgrado y a los jefes de programa. Esta información está disponible previo a la entrevista personal por el comité del programa. El informe de la entrevista se categorizó en: idóneo (cumple al 100% las competencias generales y específicas), aceptado (cumple con competencias generales y específicas aunque sea en un grado mínimo), aceptado con reparos (cumple las generales y no todas las específicas) y rechazado (se consideró a los alumnos que no cumplen las competencias generales).

Resultados: Durante el proceso de selección 2016 se realizaron 122 entrevistas psicológicas; de ellas, un 16% se consideró: idóneo, 31% aceptado, 38% aceptado con reparos y un 15% en categoría de rechazado. Se analizaron por especialidades manteniéndose la distribución de mayor número de alumnos en categorías intermedias. También se analizó por psicólogo esta categorización, encontrándose que uno de ellos no tenía seleccionados idóneos. En el grupo de alumnos que ingresaron no los hay en la categoría rechazado.

Discusión: La implementación de una entrevista psicológica es un proceso dificultoso cuyos resultados se verán después de los 3 años de formación. Los alumnos serán evaluados anualmente por sus jefes de programa y docentes en estas competencias para evaluar la utilidad de esta medida