

encuestas a 40 expertos. En la encuesta se solicitó evaluar la relevancia y la coherencia de cada ítem con el rol y competencia al cual tributan, con escala Likert 1 a 5.

**Resultados:** Cada ronda del Delphi tuvo una tasa de respuesta de 80%. Se obtuvo finalmente una pauta de observación de 15 ítems divididos en 3 dimensiones (comunicador, colaborador y profesional), con escala Likert 1 a 9.

**Conclusiones:** La evaluación en 360° permite evaluar roles del modelo CanMeds de manera adecuada. Se diseñó un instrumento para medir el desempeño de los residentes UC en los roles comunicador, colaborador y profesional del modelo CanMeds. Se piloteará el instrumento en residentes de Pediatría y Otorrinolaringología de la UC.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.126>

### Aplicación del Mini Clinical Examination en residentes de Medicina Interna y especialidades clínicas de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado



Ana Cecilia Olascoaga<sup>a</sup>, Arnoldo Riquelme<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Universidad Peruana Cayetano Heredia

<sup>b</sup> Pontificia Universidad Católica de Chile

**Introducción:** El Mini-Clinical-Examination (Mini-CEX) es un método de evaluación de habilidades clínicas en el lugar de trabajo. Se describe la experiencia en su uso como método de evaluación formativa en un programa de residentado médico, su implementación y el análisis de la validez y confiabilidad.

**Metodología:** Se estandarizó el sistema de evaluación con 3 aplicaciones del Mini-CEX a lo largo de un año. El instrumento evalúa 7 ítems (escala Likert: 1-9), se registra el entorno clínico, la complejidad del caso, el tiempo de observación-feedback y la satisfacción del residente y del docente. Se buscaron diferencias entre las 3 evaluaciones con la prueba Kruskal-Wallis (diferencias significativas  $p < 0.05$ ). Se midió confiabilidad con alfa de Cronbach y validez de constructo con análisis factorial.

**Resultados:** Se capacitó a 20 docentes. Se evaluaron 14 residentes de primer año de Medicina Interna y especialidades clínicas, cada residente tuvo 3 evaluaciones en un año. Las observaciones duraron  $46.5 \pm 26.1$  minutos y el feedback  $20.1 \pm 11.1$ . Las evaluaciones ocurrieron en hospitalización (85%), urgencias (10%) y consulta externa (5%). Los casos fueron de complejidad baja (15%), mediana (75%) y alta (10%). El análisis factorial encontró 3 factores. Factor 1: juicio clínico/organización/valoración global; Factor 2: anamnesis/examen físico y Factor 3: profesionalismo/habilidades comunicacionales. El alfa de Cronbach fue 0.92. Se observó una mejoría significativa de los residentes en examen físico (6 [5.8-7] a 7.5 [6.8-8]  $p=0.028$ ), juicio clínico (6 [6-7.2] a 8 [7-8.2]  $p=0.021$ ) y valoración global (7 [6-7.6] a 8 [7-8]  $p=0.043$ ). Los niveles de satisfacción del residente y del docente con el método fueron 8/9.

**Conclusiones:** La prueba fue factible de implementar, fue bien aceptada por residentes y docentes, tiene un alto nivel de confiabilidad y validez de constructo por lo que se recomienda su uso en programas de residentado para evaluación

de habilidades clínicas, incluyendo profesionalismo y juicio clínico.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.127>

### ¿Pueden los objetivos de un curso de mindfulness tributar a competencias del rol profesional CanMEDS relacionadas con el autocuidado?



María Pía Nitsche, Marcela Bitran,  
Matías González

Pontificia Universidad Católica de Chile

**Introducción:** El rol profesional del modelo CanMEDS se compone de competencias basadas en conceptos claves como la identidad profesional, la práctica médica ética y la responsabilidad del médico por su bienestar (1). En la educación médica de residentes, la adecuada selección de metodologías de enseñanza y aprendizaje para la adquisición de aquellas competencias relacionadas con el autocuidado sigue siendo un desafío. El mindfulness es una práctica entrenable, que promueve el autocuidado, y que ha demostrado efectos positivos en el desarrollo del bienestar subjetivo, empatía y resiliencia, y disminución de burnout en residentes (2)(3)(4)(5)(6). Se refiere a aquella conciencia que aparece al prestar atención deliberadamente, en el momento presente y sin juzgar, a cómo se despliega la experiencia momento a momento (7).

**Objetivo:** Diseñar objetivos de aprendizaje de un curso de mindfulness para residentes que tributen a competencias del rol profesional CanMEDS relacionadas con el autocuidado.

**Metodología:** Análisis y selección de competencias centrales y habilitantes, y de conceptos claves del rol profesional CanMEDS relacionados con el compromiso por el autocuidado y bienestar del médico, que sean desarrollables a través de la práctica de mindfulness. Diseño de objetivos educacionales que tributen a las competencias seleccionadas, en base a taxonomías de Bloom y Krathwohl para dominios de aprendizaje cognitivo y afectivo respectivamente.

**Resultados:** Se seleccionó una competencia central del rol profesional CanMEDS: «Demostrar compromiso con la salud y bienestar del médico para potenciar el cuidado óptimo del paciente». Luego se seleccionaron cuatro conceptos claves del compromiso del médico por el autocuidado: 1. aplicar la capacidad de autorregulación, incluyendo la evaluación y monitorización de los pensamientos, comportamientos y emociones propios, atendiéndolos para el logro de un desempeño óptimo y desarrollo del bienestar. 2. Acercamiento a la práctica médica de manera reflexiva y con atención plena. 3. Resiliencia para una práctica sustentable. 4. Responsabilidad con uno mismo, incluyendo el cuidado personal, en pro del servicio a otros. Se diseñaron cinco objetivos de aprendizaje: identificar los fundamentos generales, origen y desarrollo de la práctica de mindfulness; desarrollar habilidades de autoconciencia y automonitorización; practicar habilidades de mindfulness y evaluación oportuna de señales físicas, mentales y emocionales al estrés laboral; reflexionar sobre la relación del mindfulness con la calidad del cuidado y atención médica; valorar el

impacto del autocuidado como habilidad fundamental de la práctica profesional y educacional.

**Conclusión:** Parece factible diseñar un curso de mindfulness para residentes con objetivos de aprendizaje que tributen a competencias específicas del rol profesional CanMEDS relacionadas con el autocuidado para una práctica médica sustentable.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.128>

### Retención de médicos egresados del Sistema Nacional de Residentado Médico en el Ministerio de Salud de Perú, 2011-2016



Javier del Campo Sánchez<sup>a</sup>,  
Francisco L. Huapaya-Jurado<sup>a</sup>,  
Walter Pérez Lázaro<sup>a</sup>,  
Eduardo Paredes Bodega<sup>b</sup>,  
María Cuzco Ruiz<sup>c</sup>, Carla Uriarte Alayza<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Dirección General de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, Ministerio de Salud

<sup>b</sup> Comité Nacional de Residentado Médico - CONAREME

<sup>c</sup> Dirección General de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, Ministerio de Salud Perú

**Introducción:** El Ministerio de Salud de Perú (MINSa) ha estimado en 16,000 su brecha de médicos especialistas (MEsp). Asimismo, desde 2011 ha incrementado la inversión en el número de plazas para la formación de MEsp por el Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME). Para ello, existe la modalidad «cautiva» que oferta plazas a las cuales solo pueden postular médicos que mantienen vínculo laboral estable con el MINSa; y la modalidad «libre» a la que postulan médicos de todo el país sin condicionamiento. En promedio el tiempo de formación es de tres años y el costo de la formación aproximado es de \$ 13,000.00 dólares anuales por cada médico. Sin embargo, existe poca evidencia que demuestre cuan eficientes son estas modalidades, en términos de retención de MEsp.

**Objetivo:** Evaluar el porcentaje de retención de MEsp en el MINSa según modalidad de postulación al SINAREME.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio transversal, para el cual se emplearon las bases de datos del SINAREME de los años 2011 al 2015 y la base de datos del Registro Nacional del Personal de la Salud de 2016. Para comparar el porcentaje de retención entre las modalidades de formación se usó el test de Wilcoxon, el nivel de significación se fijó en 0.05.

**Resultados:** Durante el periodo evaluado, 3,044 médicos egresaron del SINAREME, de ellos el 68.1% (2073) lo hicieron de la modalidad libre y 31.9% (971) de la modalidad cautiva. La retención de MEsp de la modalidad cautiva fue 83.3% y en la modalidad libre fue 48% ( $p=0.007$ ).

**Conclusiones:** La modalidad de formación a través de plazas cautivas permite una mayor retención de médicos especialistas en el MINSa, ella impactaría de manera más eficiente en el cierre de brechas de médicos especialistas

en comparación con la modalidad de formación por plaza libre.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.129>

### Comparación de dos métodos teórico-prácticos para la adquisición de competencias para el manejo de la vía aérea en el soporte vital pediátrico en estudiantes de Pediatría



José Gaspar Martínez Órdenes,  
María Eugenia Osorio R,  
María Fernanda Muñoz,  
Constanza Valencia Quilodran,  
Pedro Aguilar Miranda

Universidad de Santiago de Chile

**Introducción:** El manejo de vía aérea (MVA) es fundamental en soporte vital avanzado pediátrico (SVAP). Diferentes series muestran que el correcto MVA en paro cardiopulmonario aumenta la sobrevida entre 82-95%. Por otra parte, modelos de aprendizaje teórico-práctico (MATP) con evaluación sistemática han logrado aprendizajes significativos de las competencias enseñadas. Datos de nuestro departamento comunican diferencias significativas en aprendizaje de MVA al aplicar un MATP con evaluación sistemática. No hay estudios que puntualicen cuál es la frecuencia necesaria para realizar estos talleres y mejorar dichas competencias.

**Objetivo:** Comparar efectividad de dos MATP con evaluación sistemática en MVA del SVAP, aplicado a estudiantes de Pediatría (EP) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Chile durante el año 2016.

**Método:** Se realizaron talleres simulados de diferentes situaciones clínicas que requieren SVAP y MVA a EP de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Chile. Se separaron dos cohortes: primera cohorte, enero a junio 2016, realizó talleres semanalmente (5 casos/sesión semanal por 6 semanas [TFS]). La segunda cohorte, julio a noviembre 2016, realizó talleres de forma mensual (10 casos /sesión mensual por 3 meses [TFM]). Cada cohorte realizó previo al primer taller clase de MVA básica y de reconocimiento de implementos utilizados en MVA. Cada EP fue evaluado dos veces: en primera taller que realizó MVA (Grupo A) y luego (Grupo B), la segunda vez que realizó MVA (Grupo B) en talleres de SVAP. Los datos se analizaron con GraphPad Prism 6.0 describiendo mediana, promedio, desviación estándar e intervalo de confianza (IC) con pauta (12 puntos) basada en guías de academia americana del corazón para SVAP. Se utilizaron prueba Wilcoxon y Mann-Whitney para realizar las comparaciones grupos y cohortes. Significación estadística en  $p < 0.05$ . Se solicitó consentimiento verbal a cada EP para la participación en el estudio.

**Resultados:** Se evaluó a 65 EP. Cohorte TFS ( $n=40$ ). Grupo A: promedio MVA:  $6.4 \pm 2.99$  (mediana 6; IC: 5.44-7.36); Grupo B: promedio MVA  $9.55 \pm 2.11$  (mediana 10; IC: 8.90-10.20) cohorte TFM ( $n=25$ ). Grupo A: promedio MVA  $5.84 \pm 2.27$  (mediana: 6; IC: 4.90-6.78); Grupo B: promedio MVA  $7.72 \pm 1.72$  (mediana: 7; IC: 7.01-8.43). Diferencias entre grupos A y B para cohorte TFS ( $p < 0.0001$ ) y cohorte TFM ( $p=0.0002$ ) fueron significativas. Comparación entre