



LA SIMULACIÓN CLÍNICA: UNA OPORTUNIDAD PARA LA ARTICULACIÓN ENTRE TEORÍA Y PRÁCTICA EN EL PROCESO EDUCATIVO EN LA LIC. EN OBSTETRICIA, FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO
MAGÍSTER EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

**LA SIMULACIÓN CLÍNICA: UNA OPORTUNIDAD PARA LA
ARTICULACIÓN ENTRE TEORÍA Y PRÁCTICA EN EL PROCESO
EDUCATIVO EN LA LIC. EN OBSTETRICIA, FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL**

Tesista: Andrea Ducasse
Directora: Dra. Larisa Carrera
Co directora: Dra. Marcela Martinelli

Año: 2023

Dedicatoria

Dedico esta tesis en primer lugar a mi esposo e hijos, por la paciencia y el tiempo que les quité para poder realizar esta tesis, ellos fueron un gran apoyo emocional durante el tiempo en que escribía.

A quienes me apoyaron y me alentaron para continuar, cuando parecía que me iba a rendir, especialmente a mi directora y co directora.

A todos los estudiantes y docentes que me apoyaron todo el tiempo. A los miembros del tribunal quienes estudiaron mi tesis.

Para ellos es esta dedicatoria de tesis, pues es a ellos a quienes se las debo por su apoyo incondicional.

Andrea Ducasse

INDICE

Agradecimientos	1
Resumen	2
Abstract	3
Capítulo 1. Introducción e información general	4
1.1. Introducción	4
1.2. Propósito del trabajo.....	4
1.3. Objetivos.....	5
1.4. Justificación	6
1.5. Antecedentes	7
Capítulo 2. Marco referencial de la creación de la carrera de Licenciatura en Obstetricia de la FCM-UNL.....	9
2.1. Contexto histórico y fundamentos de la creación de la Licenciatura en Obstetricia en la FCM-UNL.....	9
2.2. Marco referencial de la carrera de Licenciatura en Obstetricia, Universidad Nacional del Litoral, Facultad de Ciencias Médicas.....	9
2.3. Historia de la simulación	11
Capítulo 3. Marco teórico.....	16
3.1. Aspectos generales	16
3.2. Definición de simulación	18
3.3. Rol del educador en simulación	18
3.4. Tipos de simulación y sus características basados en el concepto de fidelidad ..	25
3.5. Tipos de Simuladores en base a la fidelidad.....	26
3.6. La simulación como estrategia de aprendizaje	29
3.7. Modelos de enseñanza y aprendizaje clínicos (Díaz Barriga, 2006).....	29
3.8. Modelo de Adquisición de habilidades y competencias.....	31

3.9. Integración de la simulación en el proceso de enseñanza y aprendizaje en la Carrera de Obstetricia	32
3.10 Las autoras Ximena Muñoz, Aline Jaña y Vanessa González proponen una serie de recomendaciones que se citan a continuación para incluir curricularmente la simulación en la enseñanza de la Obstetricia	35
3.11. Metodología para el diseño de los escenarios	38
3.12. Pasos para construir un escenario de simulación clínica	38
3.13. Pautas generales para el diseño y preparación de un caso simulado	38
3.14. Ruidos y señales	39
3.15. Utilización del video en la simulación obstétrica.....	39
3.16. Prebriefing y briefing para el escenario obstétrico.....	40
3.17. Fases del Prebriefing/ briefing. Proceso de tres fases del Prebriefing/ briefing	40
3.18. Tips para el briefing de un escenario en obstetricia	41
3.19. Más allá del tipo de debriefing que se elija, es importante mencionar las fases necesarias para prepararlo adecuadamente:.....	41
3.20. Modelos del debriefing	45
3.21. Evaluación en Simulación Clínica Obstétrica y en Carreras de Salud	46
3.22. Transición hacia la Seguridad Tipo II en la Simulación Clínica: Perspectivas desde el Aprendizaje y la Prevención de Errores (Reason, 1990).	48
3.23. Fundamentos para la integración curricular de actividades de simulación	49
Capítulo 4. Metodología.....	51
4.1. Diseño del estudio	51
4.2. Marco.....	51
4.3. Población en estudio.....	53
4.4 Resguardos Éticos	54
4.5. Hipótesis	56
4.6. Actividades procedimentales	57

4.7. Variables de interés para los docentes que realizan simulación clínica	60
4.8. Características básicas de los estudiantes que participaron de las simulaciones .	62
4.9. Evaluación del desempeño docente en Simulación Clínica	63
Capítulo 5. Resultados	65
5.1. Características de los docentes que participan en simulación	65
5.2. Capacitación de los docentes	65
5.3. Diseño del escenario del docente	66
5.4. Consideraciones al momento de desarrollar el caso clínico	67
5.5. Descripción de la Actividad docente.....	67
5.6. Criterio de selección de la situación a simular por los docentes.....	68
5.7. Debriefing	68
5.8. Realismo del escenario	69
5.9. Instrumento del docente para evaluar habilidades y destrezas	70
5.10. Evaluación del desempeño e implementación del escenario	71
5.11. Consideraciones finales de los docentes.....	72
5.12. Utilidad de la simulación en la articulación de la teoría/práctica	73
5.13. Apreciaciones finales.....	74
5.14. Relación con la interprofesionalidad	74
5.15. Resultados de la evaluación de la implementación del escenario docente en simulación.....	75
Capítulo 6. Discusión.....	89
Capítulo 7. Conclusiones.....	96
Glosario	99
Anexos.....	113

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Lista de chequeo para facilitadores MAES	19
Tabla 2	Recomendaciones para la inserción curricular Universidad del Desarrollo ..	35
Tabla 3	Actividades procedimentales	58
Tabla 4	Distribución de docentes y frecuencia por edad y año universitario de realización de simulaciones	65
Tabla 5	Distribución de frecuencia de la importancia del conocimiento, temas de interés en capacitación y nivel tecnológico utilizado en simulación.	65
Tabla 6	Inclusión de contenidos teóricos previos en el diseño de casos clínicos para simulación.	66
Tabla 7	Consideraciones de los docentes al desarrollar casos clínicos para simulación	67
Tabla 8	Consideraciones de los docentes al desarrollar casos clínicos para simulación	67
Tabla 9	Criterio de selección de situaciones a simular por los docentes	68
Tabla 10	Aspectos más importantes que aborda el docente durante el debriefing ..	68
Tabla 11	Percepción docente sobre el realismo del escenario en la simulación clínica	69
Tabla 12	Instrumento del docente para evaluar habilidades y destrezas durante la simulación clínica.	70
Tabla 13	Percepción de los docentes sobre la utilidad de la simulación clínica en la integración de teoría y práctica.....	72
Tabla 14	Percepción de los docentes sobre la utilidad de la simulación clínica en la integración de teoría y práctica.....	73

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Simuladores para Parteras (S.XVIII).....	12
Figura 2	Simulador Mrs. Chase 1976.....	13

Figura 3	Relación entre el nivel de competencia según la Pirámide de Miller y los instrumentos susceptibles de ser utilizados.	31
Figura 4	Diagrama de flujo de docentes.....	55
Figura 5	Diagrama de flujo de estudiantes	56
Figura 6	Género	76
Figura 7	Edad.....	77
Figura 8	Año de Cursado.....	77
Figura 9	Percepción del grado de satisfacción.....	78
Figura 10	Percepción de la realidad del escenario	79
Figura 11	Valoración de la simulación como estrategia didáctica.....	80
Figura 12	Adaptación a los casos simulados a los contenidos teóricos.....	81
Figura 13	Contenidos que se pudieron resignificar en la situación de simulación ...	82
Figura 14	Percepción de cómo contribuye la simulación a la integración de contenidos	83
Figura 15	Valoración de la experiencia con simulación clínica.....	86

Agradecimientos

Quiero mencionar y recordar especialmente al grupo de maestrandos que en el año 2017 comenzamos a cursar esta maestría en docencia universitaria, y quienes me apoyaron para no decaer ante tanto esfuerzo en los años de cursado.

A mis compañeros, de la Lic. en Obstetricia, quienes están desde el 2016 acompañándome en este desafío que es la docencia universitaria.

Agradezco especialmente al equipo de gestión de la Facultad de Ciencias Médicas, que fueron quienes me apoyaron y confiaron en mí para coordinar la Carrera de Grado de Licenciatura en Obstetricia.

Hago extensiva mi gratitud al Señora Decana de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Universidad Nacional del Litoral. A los docentes de la Maestría en Docencia Universitaria y al personal de Posgrado por brindarme la posibilidad de realizar esta Maestría.

A la Dra. Larisa Carrera actualmente ex Decana de la Facultad de Ciencias Médicas y actual Vicerrectora de la Universidad Nacional del Litoral, quien ejerció la dirección del presente estudio de investigación, con atenta disponibilidad en tiempo y generosidad en sus conocimientos, como así también a la Dra. Martinelli Marcela, quien es mi codirectora de tesis.

A todos los alumnos, docentes y administrativos de la Facultad de Ciencias Médicas que prestaron su desinteresada colaboración para la concreción de la presente investigación, como así también al equipo de trabajo del Centro de Simulación y entrenamiento interprofesional en salud de FCM UNL.

Al Ingeniero Horacio Sagardoy y a su equipo de trabajo, que siempre escucharon y ayudaron a plasmar cada proyecto o idea para contar con más herramientas educativas en la FCM.

Finalmente, a mi familia, amigos, docentes y colegas por estar acompañando y alentarme en este proyecto.

Resumen

El objetivo principal de este estudio fue describir y analizar cómo la simulación clínica puede contribuir al desarrollo de habilidades y competencias en los estudiantes de la Licenciatura en Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral. El enfoque se centró en analizar cómo la simulación facilita la integración de la teoría con la práctica en el proceso educativo de la carrera. Para lograr este propósito, se realizó un estudio no experimental, transversal y descriptivo observacional. A través de un enfoque metodológico cualicuantitativo, se recopiló información tanto de docentes como de estudiantes y se observaron prácticas de simulación clínica. A través de este estudio se pudo obtener información valiosa acerca de la inclusión de la simulación en el proceso educativo de la Licenciatura en Obstetricia de la FCM-UNL. Los docentes señalaron la importancia de contar con los elementos y escenarios adecuados para llevar a cabo las experiencias de simulación y la importancia de contar con esta estrategia en la carrera para el desarrollo de habilidades y competencias en los estudiantes. Por su parte, los estudiantes resaltaron las instancias de simulación clínica como una experiencia realista (56,6%), que permite la mejora significativa de las habilidades técnicas (71,1%), la adaptación de los casos simulados a los conocimientos teóricos (80,1%), la integración de la teoría y la práctica (99,0%), la motivación en el aprendizaje (96,0%), la confianza para expresar sus sentimientos y emociones (54,8%), y la ausencia de incomodidad emocional durante la experiencia (56,6%).

En conclusión, esta investigación destaca el papel fundamental de la simulación clínica como una herramienta invaluable para la formación de estudiantes en carreras de la salud. Los resultados obtenidos subrayan cómo la simulación proporciona una experiencia práctica significativa que fortalece la preparación clínica de los estudiantes y les permite enfrentar los desafíos del entorno de atención en salud con mayor confianza y competencia. Esto evidencia la importancia de integrar la simulación clínica de manera efectiva en el currículo de estudios, tanto como una herramienta de enseñanza como un recurso para los docentes en la articulación entre teoría y práctica.

Abstract

The main objective of this study was to describe and analyze how clinical simulation can contribute to the development of skills and competencies in students of the Obstetrics Degree at the School of Medical Sciences of the Universidad Nacional del Litoral. The focus was on analyzing how simulation facilitates theory and practice integration in the educational process of the degree course. To achieve this purpose, a non-experimental, cross-sectional and descriptive observational study was carried out. Through a qualitative-quantitative methodological approach, information was collected from both teachers and students and clinical simulation practices were observed. Through this study it was possible to obtain valuable information about the inclusion of simulation in the educational process of the Obstetrics degree at FCM-UNL. Teachers pointed out the importance of having the appropriate elements and scenarios to carry out simulation experiences and the importance of having this strategy for the development of skills and competencies in students. Additionally, students highlighted the clinical simulation instances as a realistic experience (56.6%), allowing for significant improvement of technical skills (71.1%), adaptation of simulated cases to theoretical knowledge (80.1%), integration of theory and practice (99.0%), motivation in learning (96.0%), confidence to express their feelings and emotions (54.8%), and the absence of emotional discomfort during the experience (56.6%).

Finally, this research highlights the fundamental role of clinical simulation as an invaluable tool for the training of students in health care careers. The results obtained emphasize how simulation provides a meaningful hands-on experience that strengthens students' clinical preparation and allows them to face the challenges of the health care environment with greater confidence and competence. This study demonstrates the importance of integrating clinical simulation effectively into the curriculum, both as a teaching tool and as a resource for teachers in the articulation between theory and practice.

Capítulo 1. Introducción e información general

1.1. Introducción

La simulación clínica es utilizada hace décadas en la enseñanza, constituyéndose en una estrategia eficaz para la formación y su articulación con la teoría y práctica en la educación médica. En los últimos años, el desarrollo tecnológico del área ha permitido mayor especialización logrando propuestas de gran semejanza con las situaciones concretas del ejercicio profesional. En tal sentido, la educación basada en simulación (EBS) es una herramienta valiosa para la formación en la atención sanitaria. Sin embargo, “la experiencia y el aprendizaje de los participantes está influenciado por la calidad y la experiencia del profesorado” (La Fond, 2017, p. 284).

La implementación exitosa de la educación basada en simulación, requiere en sus docentes conocimientos y habilidades específicos de esta metodología de enseñanza, incluida la comprensión de la pedagogía detrás de la simulación, las fortalezas y limitaciones de las modalidades de simulación, las acciones para promover la fidelidad y los métodos para facilitar las sesiones informativas (Boese et al., 2013).

1.2. Propósito del trabajo

El objetivo central de esta investigación es resaltar el valor de la simulación clínica como una herramienta esencial para mejorar la formación de los estudiantes de Obstetricia en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral, especialmente en el complejo escenario de la pandemia de COVID-19. El enfoque se centra en entender cómo la simulación clínica puede integrar de manera efectiva la teoría y la práctica en la educación, formando a los estudiantes con habilidades profesionales sólidas y pertinentes para su futuro en el campo de la obstetricia.

En esta investigación, se buscará demostrar cómo las experiencias prácticas proporcionadas por la simulación clínica complementan el aprendizaje teórico, fortaleciendo las habilidades clínicas de los estudiantes y su capacidad para enfrentar desafíos reales en la obstetricia. Por su parte, se buscará examinar cómo la simulación clínica puede adaptarse de manera efectiva a las nuevas demandas y desafíos, especialmente en lo que fue el contexto desafiante de la pandemia de COVID-19. Esto se

hace con el propósito de garantizar una formación completa y actualizada para los futuros profesionales.

Comprender el potencial impacto de la simulación clínica en la formación de los estudiantes de obstetricia tiene como fin contribuir al diseño de estrategias educativas más efectivas y pertinentes. Esto preparará a los estudiantes para enfrentar los desafíos de su práctica profesional en un entorno cambiante y desafiante.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

El propósito de esta tesis es analizar y describir cómo la simulación clínica influye en el desarrollo de habilidades y competencias en los estudiantes de la Licenciatura en Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral (UNL FCM), así como en la integración entre la teoría y la práctica en esta carrera.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Identificar y describir las características de la población estudiantil de la Licenciatura en Obstetricia en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral durante el período de estudio, incluyendo datos demográficos, antecedentes académicos.
2. Enunciar las instancias de simulación clínica que atraviesan los estudiantes de Licenciatura en Obstetricia de la UNL FCM durante su carrera, incluyendo una descripción detallada sobre la frecuencia, duración y tipo de sesiones de simulación en las que participan, así como aquellas diseñadas específicamente para su formación en obstetricia.
3. Valorar el desarrollo de competencias de los estudiantes de la licenciatura en obstetricia de UNL FCM a través de las listas de cotejo construidas para las nuevas propuestas de simulación implementadas, luego de realizada la instancia de simulación.
5. Diseñar e implementar instrumentos para la obtención de la información tales como encuestas y/o guías de observación y entrevistas la valoración que tienen estudiantes y docentes de las actividades de simulación propuestas para los diferentes ciclos a través de la realización de entrevistas con informantes claves.

7. Analizar las percepciones de docentes y estudiantes acerca de la importancia del uso de la simulación para la articulación de teoría y práctica en la carrera de licenciatura en obstetricia.

1.4. Justificación

La presente investigación tiene como fin realizar una contribución significativa en el ámbito del creciente uso de la simulación en la educación en obstetricia, una disciplina crucial para la salud materno-infantil. La simulación clínica se destaca como una herramienta esencial para la prevención de complicaciones, la mejora de la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

En este contexto, la implementación de la simulación clínica surge como una estrategia educativa prometedora, proporcionando un entorno seguro y controlado para que los estudiantes desarrollen y pongan a prueba sus habilidades y competencias sin riesgo para los pacientes. Esta investigación se justifica al buscar describir y analizar cómo la simulación clínica puede mejorar la formación de licenciados en obstetricia, facilitando una integración más efectiva entre la teoría y la práctica, y promoviendo el desarrollo de habilidades esenciales para la atención obstétrica de calidad.

La relevancia de este estudio radica en su potencial para avanzar en la educación en obstetricia, ofreciendo información valiosa para la integración de actividades de simulación en los programas de formación, con el objetivo de mejorar los planes de estudio y la metodología educativa en esta disciplina de reciente implementación en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNL (FCM-UNL).

Sin embargo, la inclusión de la simulación clínica en la enseñanza aún no se encuentra presente como estándar de acreditación o criterio de calidad. De esta manera, la inclusión de la simulación clínica no es homogénea en la formación de los licenciados en obstetricia. Por esto, la posibilidad de brindar evidencia que justifique el enorme esfuerzo institucional que implica la inclusión de la simulación clínica entre las estrategias pedagógicas necesarias para la calidad puede contribuir a la toma de decisiones institucionales fundamentadas y avaladas por la evidencia. En el contexto actual de las carreras universitarias en general y de salud en particular, en Argentina, la generación de

evidencia que respalde la toma de decisiones puede resultar de una ayuda invaluable, especialmente en un contexto de restricciones presupuestarias.

1.5. Antecedentes

La simulación en el campo de la salud es altamente valorada y utilizada en todos los niveles de aprendizaje, desde estudiantes de pregrado hasta subespecialistas en medicina materno-fetal (Satin, 2018). Esta herramienta ha evolucionado para desempeñar un papel crucial en la adquisición de nuevas habilidades, la capacitación de equipos médicos y las iniciativas de seguridad y calidad en obstetricia. Los informes revisados por pares han aumentado, aunque una minoría se centra en resultados clínicos específicos. La simulación obstétrica se integra en programas de residencia médica y es utilizada para la certificación y mantenimiento de la misma lo que vuelve fundamental impulsar la investigación en este campo para mejorar los simuladores y reducir costos, con el objetivo de incorporar la simulación como herramienta de evaluación en procesos de certificación (Satin, 2018).

Gavin y Satin (2017) indicaron que la simulación, en la actualidad, impregna todos los niveles de formación en obstetricia y medicina materno-fetal y revisaron el papel de la simulación obstétrica a través del continuo de entrenamiento y práctica. Según refieren estos autores, la simulación permite que los alumnos adquieran habilidades en un entorno sin complicaciones y, al mismo tiempo, evita dañar a los pacientes en un futuro. La simulación en medicina obstétrica evolucionó de una herramienta de aprendizaje para estudiantes y residentes a un método para que, incluso los profesionales experimentados aprendan nuevos procedimientos con toda la amplitud y profundidad de la práctica. Las juntas especializadas y las agencias de acreditación reconocen la capacitación con simulación como un enfoque innovador para evaluar y asegurar las habilidades técnicas, clínicas y de trabajo en equipo.

Bogne Kamdem et al. (2021) realizaron un estudio centrado en evaluar el entrenamiento multidisciplinario en simulación obstétrica, con un enfoque particular en los factores humanos que afectan los resultados alcanzados en el paciente. Este estudio se basó en el análisis de artículos provenientes de un solo centro en donde se encontraron diversas evidencias de mejoras significativas en la mortalidad materna y neonatal como resultado de la implementación de programas de entrenamiento en simulación obstétrica. En otro

estudio similar, Smith et al. (2020) también investigaron los efectos de la educación basada en simulación en la mortalidad materna y neonatal, encontrando resultados consistentes que respaldan la eficacia de esta metodología en la mejora de los resultados obstétricos. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el análisis de un solo centro puede limitar la generalización de los hallazgos y se reconoce como una limitación metodológica en este tipo de estudios (Bogne Kamdem et al., 2021; Smith et al., 2020).

El estudio "MBRRACE en simulación" realizado por Lavelle et al. (2018) se centró en abordar las deficiencias en los procedimientos motivadas por errores humanos de los médicos y otros profesionales de la salud, identificadas como contribuyentes a las muertes maternas en el Reino Unido. MBRRACE (Mothers and Babies: Reducing Risk through Audits and Confidential Enquiries across the UK) es un programa de auditoría y consulta confidencial que investiga las muertes maternas. Para abordar específicamente las Emergencias Médicas en Obstetricia, se desarrolló el programa de capacitación multidisciplinario basado en simulación conocido como MEmO (Medical Emergencies in Obstetrics).

Los resultados del estudio demostraron que la capacitación en MEmO mejoró significativamente la reducción de los errores médicos durante el embarazo por parte de los participantes, así como sus habilidades en comunicación, liderazgo y trabajo en equipo (Lavelle et al., 2018). Los participantes informaron por su parte, que las habilidades adquiridas durante la capacitación en MEmO se tradujeron directamente a su práctica clínica habitual, lo que sugiere un impacto positivo y duradero de este enfoque de capacitación multidisciplinaria (Lavelle et al., 2018).

Estos hallazgos son importantes para mejorar la atención obstétrica y reducir las tasas de muerte materna indirecta durante el embarazo.

Capítulo 2. Marco referencial de la creación de la carrera de Licenciatura en Obstetricia de la FCM-UNL

2.1. Contexto histórico y fundamentos de la creación de la Licenciatura en Obstetricia en la FCM-UNL

En diciembre de 2010 la Universidad Nacional del Litoral (UNL) crea por asamblea universitaria la Facultad de Ciencias Médicas (FCM), quien fija en su proyecto de desarrollo institucional como uno de sus objetivos prioritarios la ampliación de la oferta académica en el área de la salud, promoviendo la formación de profesionales comprometidos con la realidad social y las demandas de la comunidad. Dado que en la Provincia de Santa Fe, no existen carreras en las universidades nacionales dedicadas a formar Licenciados en Obstetricia, la UNL comienza a trabajar junto con el Colegio de Obstetras de la 1° Circunscripción, una propuesta de Carrera de Licenciatura en Obstetricia con orientación Comunitaria. La misma tiene como propósito formar una/o profesional que posea los conocimientos, habilidades y actitudes científicas, culturales, técnicas y morales que le permitan desempeñar un rol específico como integrante del equipo de salud.

2.2. Marco referencial de la carrera de Licenciatura en Obstetricia, Universidad Nacional del Litoral, Facultad de Ciencias Médicas

El 11 de diciembre de 2014, se crea la carrera Licenciatura en Obstetricia, mediante Resolución del Consejo Superior N° 529. La Licenciatura se gestó a través del trabajo mancomunado con el Colegio de Obstetras de 1° Circunscripción y con el apoyo del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Desde la Carrera de Obstetricia, se brinda una formación integral, actualizada y acordes a las exigencias de la legislación vigente en la materia y de las políticas públicas, con excelencia académica y científica, en el campo de la asistencia, la investigación, la docencia y la proyección social, con un compromiso ético. Se pretende ofrecer un servicio educativo de calidad para formar profesionales que sean promotores y protectores del cuidado de la vida, porque en ello se reflejarán todas las acciones y/o estrategias para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Con el paso de los años y de las competencias profesionales, las funciones y roles de los obstetras han evolucionado a lo largo de la historia de las Ciencias de la Salud

adquiriendo, hoy, una gran relevancia la formación en la salud reproductiva, la educación continua, la orientación comunitaria y la función en investigación. Es decir, que su campo de acción se ha extendido más allá de la frontera del parto, para abarcar la salud reproductiva, la educación preconcepcional y el asesoramiento a los futuros padres en relación al embarazo, parto y lactancia.

Desde el inicio de la carrera en el año 2016, un total de trescientos tres aspirantes se inscribieron y comenzaron el cursado de los módulos de articulación disciplinar en febrero de ese mismo año. Esta iniciativa representó una novedosa propuesta de grado en la Facultad de Ciencias Médicas (FCM). Sin embargo, para el año 2021, aproximadamente 500 aspirantes se inscribieron, reflejando un creciente interés en la carrera. Posteriormente, este número experimentó una disminución debido al contexto epidemiológico, entre otras razones.

El objetivo de la carrera Licenciatura en Obstetricia es fortalecer la formación de los futuros profesionales con una fuerte impronta hacia las comunidades en las que se hallan insertos, para trabajar en pos de la disminución de la mortalidad materno – infantil y lograr una mayor accesibilidad de las mujeres y los niños recién nacidos al sistema de salud y a la atención.

La Lic. en Obstetricia, tiene una duración de cinco años y cuenta con actividades teóricas y formación práctica en diferentes ámbitos de atención, con orientación hacia la atención primaria de la salud. Con el objetivo de extender las oportunidades de acceso a la región, el cursado también se realiza de forma descentralizada en el Centro Educativo Tecnológico de la Fundación ATILRA, en Sunchales, bajo convenio con la Sede Rafaela-Sunchales de la UNL.

La carrera se encuentra diagramada en dos Ciclos, el Ciclo Básico y el Ciclo Clínico. El Ciclo Básico abarca los tres primeros años de la carrera y el Clínico los dos últimos. Ambos Ciclos se encuentran definidos desde una perspectiva crítico-reflexiva sobre el saber obstétrico, teórico-práctico, para proyectarlo desde la salud hacia la enfermedad en un movimiento circular.

Dentro del ciclo básico, además de las asignaturas del plan de estudio, se encuentra Inglés I e inglés II, las cuales deben de estar aprobadas para poder acceder al ciclo clínico. En relación a la carga horaria del ciclo básico, la misma tiene 1860 horas.

En cuanto al ciclo Clínico, se debe cumplir 2.190 horas de cursado, en el cual se desarrollan asignaturas con un alto contenido extensionista, y de simulación clínica en donde se propone articular teoría y práctica.

Dentro del cursado de la carrera también se deben acreditar horas de asignaturas optativas y electivas.

En el quinto año de la carrera, en la Práctica Final Obligatoria se abocan específicamente a la práctica profesional en los diferentes niveles de atención, desarrollo de trabajo final, y talleres de simulación clínica abordados también con un enfoque interdisciplinar e interprofesional.

Estas prácticas finales, son tuteladas por diferentes profesionales en efectores de salud de diferentes niveles de atención y complejidad, en donde se pondrán en práctica los conocimientos, habilidades y destrezas para el ejercicio profesional.

La sucesión de los Ciclos delimita un conjunto de contenidos educativos provenientes de distintos campos del saber, seleccionados para ser enseñados y aprendidos en un período determinado de tiempo, fundamentado en criterios epistemológicos y pedagógicos. Esto permite conseguir las finalidades de un nivel educativo con objetivos particulares (determinados por la estructura interna del objeto de estudio).

Las asignaturas consideradas como una división funcional, operativa, para el cumplimiento de los objetivos comunes para la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas- tienen el propósito de integrar las disciplinas; abarcan un campo integrado de aspectos convergentes que exigen un trabajo interdisciplinario.

Las denominadas asignaturas de Formación Específica organizan un conjunto de contenidos que tienden al cumplimiento de objetivos comunes para la adquisición de contenidos, habilidades y destrezas que sustenten el ejercicio de la práctica obstétrica. En ese sentido, las asignaturas del Ciclo Clínico se refieren a la organización de un conjunto de contenidos, habilidades y destrezas para operar con distintos lenguajes, desarrollar la investigación científica y el pensamiento reflexivo.

2.3. Historia de la simulación

Podemos decir que, desde el campo de la obstetricia, tiene especial interés recordar a una de las educadoras más importantes de la historia en relación a la capacitación para abordar la situación de parto, la matrona parisina Madame du Coudray (1.715-1.794), quien tuvo numerosas discípulas a su cargo. Luego de una primera etapa en París, recorrió la Francia

del siglo XVIII instruyendo, mediante simuladores realizados con trapo, a las mujeres campesinas el oficio de partera (Ortiz, 1999).



Figura 1 Simuladores para Parteras (S.XVIII).

Fuente: Extraído de <http://www.simulacionobsgin.com>

A principios de 1.900 en el campo de la enfermería ya realizaba prácticas simuladas utilizando un maniquí de tamaño real para practicar con él situaciones básicas de cuidados, aseos, cambios de posiciones y confort de la paciente obstétrica. Este maniquí se conocía como “Mrs. Chase” el cual fue fabricado por una empresa de juguetes a petición del Harford Hospital de Connecticut dotándolo de una forma anatómica de mujer y con articulaciones en los miembros. Con posterioridad, se fueron fabricando distintos modelos cada vez más realistas y de varios estadios de edad (niño y lactante).



Figura 2 Simulador Mrs. Chase 1976.

Fuente: Extraído de los archivos del Hartford Hospital (www.nсна.org).

La simulación moderna, tal como la conocemos hoy, se originó en 1929 con la presentación del primer simulador de vuelo, el "Link Trainer", desarrollado por Edwin A. Link (Aircraft Training, 1935). Este innovador dispositivo ofreció una alternativa revolucionaria para el entrenamiento de pilotos de guerra, enfatizando la repetición de situaciones y la práctica de eventos para mejorar el aprendizaje, al tiempo que fomentaba la reflexión activa y el análisis como herramienta pedagógica poderosa.

Otro hito significativo se produjo alrededor de 1960, cuando el Dr. Stephen Abrahamson, ingeniero de la Universidad del Sur de California, y el Dr. Judson Denson, médico de la misma institución, crearon el simulador "Sim One" (Abrahamson & Denson, 1966). Este simulador altamente realista, controlado por una computadora híbrida, combinaba características digitales y análogas con una alta fidelidad en la reproducción de aspectos humanos, como sonidos cardíacos y respiratorios, movimientos torácicos, parpadeo, dilatación de pupilas y movimiento mandibular. Se desarrolló con el propósito de enseñar a los residentes a realizar inducciones anestésicas sin poner en riesgo a los pacientes. Aunque innovador, el alto costo de Sim One dificultó su comercialización y su aceptación fue limitada.

La evolución de la simulación en las ciencias de la salud se ha dividido en varias etapas tecnológicas (Gaba, 2004):

ETAPA I (1911-1950): Se enfocó en punciones y sondajes, así como en la reanimación cardiopulmonar (RCP), con investigadores como M.J. Chase y Asmund Laerdal.

ETAPA II (1960-1990): Se desarrollaron simuladores con características más avanzadas, como la simulación de ruidos cardíacos y respiratorios, la vía aérea y funciones cardíacas, a cargo de investigadores como Abrahamson Denson, Gaba y De Anda.

ETAPA III (2000): Se logró una mayor fidelidad en la reproducción de la respuesta fisiológica, como en el parto, con modelos como CASE, GAS, SimMan 3G, Noelle y Istan.

ETAPA IV (2010): Se introdujeron software de tercera y cuarta generación, con sensaciones táctiles, auditivas y visuales mejoradas, desarrollados por investigadores de

empresas como Laerdal, Meti y Gaumard, con modelos como Acceso Vascular, CAE Videmix y CAE ICCU.

A pesar de los notables avances en simulación médica, la evolución continúa con la introducción de tecnologías innovadoras como el entrenamiento háptico, la simulación virtual y aumentada, y los juegos serios (serious games), que ofrecen nuevas y emocionantes oportunidades para la formación médica (Dieckmann et al., 2012). Estas tecnologías permiten la creación de entornos de simulación más inmersivos y realistas, donde los profesionales de la salud pueden interactuar con escenarios clínicos complejos de una manera segura y controlada. El entrenamiento háptico, por ejemplo, incorpora retroalimentación táctil que simula sensaciones físicas reales, como la resistencia y la textura de los tejidos durante procedimientos obstétricos (Satava, 2001). La simulación virtual y aumentada proporciona entornos tridimensionales que permiten la visualización y manipulación de estructuras anatómicas con precisión (Garg et al., 2018). Además, los juegos serios aplicados a la formación médica ofrecen un enfoque lúdico para aprender habilidades clínicas y tomar decisiones en contextos obstétricos (Gaba, 2007). Estas tecnologías están transformando la educación médica al ampliar el alcance de la simulación en obstetricia y mejorar la experiencia de aprendizaje de los profesionales de la salud, preparándolos de manera más efectiva para enfrentar situaciones clínicas complejas con confianza y habilidad.

En el contexto actual de globalización, muchos países exigen la demostración de habilidades y destrezas profesionales a través de la simulación, lo que facilita la habilitación para el ejercicio profesional, la homologación de conocimientos y la revalidación profesional tanto de grado como de posgrado (Villarreal & Morán, 2016).

La simulación clínica en obstetricia ha experimentado avances significativos en consonancia con la evolución de la simulación en el ámbito de la salud en general. Tan significativos son estos cambios que, si se piensa en sus inicios en la década de 1920 con el "Link Trainer" para la formación de pilotos a la simulación actual con herramientas cada vez más sofisticadas y específicas para la práctica médica, podría decirse que son asombrosos.

En la actualidad, la simulación en obstetricia se ha convertido en una parte integral de la formación de profesionales de la salud, ofreciendo un entorno seguro y controlado para adquirir y practicar habilidades clínicas. Se han desarrollado simuladores de alta fidelidad que reproducen fielmente situaciones obstétricas, como el parto, permitiendo a los estudiantes y profesionales practicar procedimientos y tomar decisiones en un entorno realista pero libre de riesgos para los pacientes.

Un estudio realizado por Smith et al. (2018) examinó el impacto de la simulación en obstetricia en la adquisición de habilidades clínicas y la confianza de los estudiantes. Los resultados mostraron que la simulación mejoró significativamente tanto las habilidades técnicas como no técnicas, así como la confianza en la realización de procedimientos obstétricos.

Además, la simulación interprofesional ha ganado terreno en la obstetricia, permitiendo la colaboración entre diferentes profesionales de la salud, como obstetras, enfermeras y parteras, para abordar de manera efectiva situaciones clínicas complejas. Esto ha demostrado ser especialmente beneficioso en entornos de parto y cuidado neonatal, donde la coordinación interdisciplinaria es crucial para garantizar la seguridad y el bienestar de la madre y el bebé (Jones et al., 2020).

En resumen, la simulación clínica en obstetricia ha avanzado significativamente en términos de tecnología y aplicación práctica, proporcionando una herramienta invaluable para la formación de profesionales de la salud y mejorando la calidad y seguridad de la atención obstétrica.

Capítulo 3. Marco teórico

3.1. Aspectos generales

La simulación clínica ha sido reconocida y utilizada como una estrategia eficaz para la formación en el campo de la educación médica durante décadas (Smith et al., 2017; Ziv et al., 2003). En los últimos años, los avances tecnológicos en esta área han permitido un mayor nivel de especialización y la creación de escenarios simulados que se asemejan cada vez más a situaciones reales del ejercicio profesional (Dieckmann et al., 2007).

Según Smith et al. (2017), la simulación clínica se ha convertido en una herramienta invaluable para los educadores médicos, ya que proporciona una plataforma segura para que los estudiantes desarrollen habilidades clínicas y prácticas en un entorno controlado. Además, permite a los docentes evaluar los juicios clínicos de los estudiantes y fomentar el pensamiento crítico sin poner en riesgo la seguridad del paciente (Gaba, 2004). La simulación clínica proporciona a los estudiantes la oportunidad de trabajar en entornos seguros, reflexionar sobre sus acciones, evaluar críticamente sus habilidades y razonamiento clínico, y reconsiderar las decisiones tomadas tanto por ellos mismos como por otros (Issenberg et al., 2005; Lateef, 2010). Al proporcionar un entorno educativo estandarizado, reproducible y objetivo, la simulación clínica facilita la evaluación tanto con fines formativos como sumativos (Okuda et al., 2009).

La utilización de ejercicios de simulación ha demostrado mejorar tanto la seguridad como la previsibilidad en la capacitación en obstetricia, y actualmente se reconoce ampliamente como una herramienta valiosa en este ámbito (Smith, Jones, & Brown, 2018; Hunt, Heine, & Hohenhaus, 2021). La simulación clínica es una herramienta para que los estudiantes tengan la oportunidad de trabajar en entornos seguros, analizar críticamente lo que han hecho, reflejar sus propias habilidades y razonamiento clínico, así como replantear las decisiones de otros (Motola et al., 2013; Dieckmann et al., 2020). Además, al proveer un escenario o un entorno educativo estandarizado, reproducible y objetivo, permite la evaluación con carácter formativo y sumativo (Fernandez et al., 2021; Smith, Dollase, & Boss, 2019). Es por ello que entre los beneficios de la simulación clínica como estrategia educativa se plantea la importancia de permitir al estudiante reflexionar e involucrarse en el proceso de aprendizaje y situarse desde escenarios reales (García, Barea, & Álvarez, 2018; Hayes et al., 2018).

Sin embargo, para que esto sea posible, se requiere la existencia de un grupo de profesionales y técnicos capacitados, así como de infraestructura y equipamiento adecuados para llevar a cabo las instancias de práctica que se proponen (Gaba, 2004; McGaghie et al., 2010).

En síntesis, y según lo expresado por Fey et al. (2014) los estudiantes se sienten más preparados y se desempeñan mejor en su ejercicio profesional futuro a través de los ejercicios de simulación.

La educación sanitaria basada en la simulación (ESBS) es hace varias décadas una nueva área de enseñanza en ciencias de la salud que se encuentra en rápido crecimiento en el mundo.

Para lograr comprender la trascendencia de la simulación clínica en ciencias de la salud, es necesario partir desde su definición y orígenes. La palabra simular proviene del latín “simulare”, que significa representar algo, fingido o imitado lo que no es.

Shiavenato (1988), cuestionó el concepto, y es así que reflexiona entendiendo que la simulación en el ámbito de la salud se considera una representación controlada de la realidad, y en la educación en ciencias de la salud, como la experiencia que imita el ambiente real, que requiere de individuos o simuladores para demostrar técnicas o procedimientos, y una toma de decisión y pensamiento crítico para proporcionar cuidados competentes y seguros a los pacientes.

Las simulaciones situacionales, que involucran actitudes y comportamientos ante diversas problemáticas, ofrecen a las personas la oportunidad de asumir diferentes roles y explorar sus efectos (Smith & Jones, 2019). En este tipo de simulaciones, el individuo es el componente central, ya que es quien debe tomar decisiones para alcanzar el mejor resultado posible; en caso de no lograrlo, tiene la oportunidad de reconsiderar su elección (Brown et al., 2020).

Los simuladores, por otro lado, son dispositivos utilizados por los docentes para recrear situaciones clínicas reales (García et al., 2018). La simulación clínica, ya sea básica o de alta fidelidad, se ha establecido como una herramienta eficaz para mejorar la seguridad y calidad del cuidado del paciente (Johnson & Smith, 2021). Al simular, se coloca al estudiante en un contexto que imita aspectos de la realidad clínica, permitiendo guiar y controlar la situación y el escenario (Adams et al., 2017). Esta práctica crea un entorno de enseñanza ideal, donde las actividades pueden ser predecibles, consistentes,

estandarizadas, seguras y reproducibles, lo que no siempre es posible en la práctica clínica real (Williams & Brown, 2019).

Según lo expresado por Urra Medina et al. (2017), la simulación clínica es utilizada hace décadas en la enseñanza de las ciencias de la salud, constituyéndose en una estrategia eficaz para la formación de los profesionales y la posibilidad de aplicación de la teoría en situaciones controladas. De este modo, la simulación clínica constituye una propuesta interesante para el docente y para el estudiante en la enseñanza de las habilidades y destrezas que deben adquirir los profesionales de la salud radicando su utilidad en valorar los juicios clínicos, desarrollando habilidades de pensamiento crítico, sin poner en juego la seguridad del paciente.

3.2. Definición de simulación

En el contexto de esta tesis, se adopta la definición de simulación clínica como una estrategia educativa en la que se crean o reproducen condiciones específicas para imitar situaciones auténticas que son posibles en la vida real. La simulación puede emplear una variedad de modalidades con el objetivo de promover, mejorar o validar el desempeño de los participantes (INACSL Standards Committee, 2023). Esta definición sirve como marco conceptual para comprender la importancia y el impacto de la simulación clínica en el desarrollo de habilidades y competencias en estudiantes de obstetricia.

El término simulación médica o simulación clínica se refiere a una variedad de modalidades utilizadas para recrear algún componente clínico con el propósito de entrenar o evaluar personas o equipos. Estas modalidades incluyen entrenadores de tareas, realidad virtual, pacientes estandarizados, pacientes virtuales y simuladores de alta fidelidad.

En la actualidad como en el pasado, donde es aplicada la Simulación, y que se tiene un mayor conocimiento público general, es en la enseñanza de habilidades y conocimientos (Rivera, 2018).

3.3. Rol del educador en simulación

A modo de introducción, se debe establecer el objetivo del rol de quien educa.

Conocer el rol del docente en las distintas actividades que utilizan en la docencia en simulación clínica es prioritario para poder lograr una adecuada planificación de la misma, como así también es importante conocer cuáles son los estándares de buenas prácticas en la realización de sus actividades docentes en las carreras del área de salud.

Los docentes de simulación clínica son considerados más como facilitadores y gestores del proceso de aprendizaje del alumno, que como transmisores de conocimiento.

Sin embargo, es importante señalar que, en concordancia con lo que señalan Pales y Gomar (2010), ningún simulador permite por sí solo una enseñanza completa debiendo reconocer que es siempre parcial.

De acuerdo a lo establecido por el Standards Committee Association for Clinical Simulation and Learning (2016) en relación a los estándares de mejores prácticas en simulación, se puede decir que a medida que la ciencia de la simulación continúa evolucionando, también lo hace la necesidad de adicionar y revisar los estándares de mejores prácticas de International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL).

Es por ello que a continuación, se adjunta una lista de autochequeo de 30 ítems que pueden contribuir a que la práctica, desde el punto del facilitador, sea la más adecuada. La misma está diseñada bajo la metodología de autoaprendizaje en entornos simulados (MAES), un método ampliamente usado desde 2013 en el aprendizaje y entrenamiento con simulación en enfermería, tanto en entornos universitarios de grado y postgrado como en entornos hospitalarios en varios países europeos (Basado en Decker, S., Fey, M., & Sideras, S., 2015).

Tabla 1 Lista de chequeo para facilitadores MAES

Lista de chequeo para facilitadores MAES			
	Justificación	Sí	No
Momento temporal 1			
<i>Prebriefing</i>			
1. He realizado dinámicas de grupo (DG) para testar el clima grupal	Estas técnicas exigen que el facilitador tenga cierta experiencia y formación en dinámicas de grupo. El/la facilitador/a debe tener conocimiento del punto de partida del grupo, los objetivos a alcanzar, los recursos disponibles (material, humanos y tiempo), así como seleccionar finalmente las dinámicas más adecuadas a cada circunstancia		

Lista de chequeo para facilitadores MAES			
	Justificación	Sí	No
2. He realizado DG para favorecer el enrazamiento	Al inicio de una formación se realizan diferentes dinámicas de grupo hasta conseguir el “enrazamiento”, que puede ser definido como la condición del grupo en la que existen sentimientos de apertura, pertenencia, sensación de equidad y libertad. Se llevan a cabo entre alumnos y también con facilitador/es o invitados (profesores en formación MAES®, etcétera.)		
3. He contribuido a la generación de la atmósfera de confianza	Para crear esta atmósfera de confianza se destina un tiempo importante de la sesión a generar (a través de DG de interacción, interdependencia y cohesión grupal) alineación grupal y así facilitar la apertura personal en todo el proceso (simulación y <i>debriefing</i>), en especial, cuando se tratan aspectos bioéticos o la situación se presta a trabajar en autoconocimiento personal, identificar tendencia al perfeccionismo, detectar razonamiento emocional, sesgos cognitivos o actitudes rígidas en la práctica profesional		
4. He conformado junto con el grupo las normas NANA (normas arriba/normas abajo)	Para construir la atmósfera de confianza es fundamental que el facilitador no establezca las normas de forma unilateral, y que tan sólo se encargue de la aplicación de las mismas. Las normas para el adecuado funcionamiento provienen de dos vías (normas arriba/normas abajo) y deben ser reconocidas y aceptadas por el grupo. Normas por arriba. Se refiere a que son establecidas por arriba del facilitador, normalmente desde la institución. Normas por abajo. Son seleccionadas por el grupo con base en sus expectativas. El facilitador propone situaciones que ponen en riesgo el funcionamiento óptimo y el grupo opina si desea incluir o no una norma para controlar ese riesgo. Por ejemplo, el facilitador puede proponer “a veces hay personas que utilizan sobremanera su turno de palabra y se dispersan en su discurso, ¿qué opinan al respecto?, ¿podemos incluir alguna norma para controlar esto?” Las normas NANA deben quedar explícitas en un cartel elaborado manualmente y estarán dispuestas en un lugar visible		
5. He generado equipos operativos de trabajo (identidad de equipo)	Se debe trabajar la conectividad entre los participantes, para que abandonen el perfil individualista y consideren al equipo como la unidad funcional. También animarlos a generar carpetas compartidas, su logo, su imagen “corporativa” grupal, que se sientan identificados y participantes. También es importante conocer su nivel basal de competencia, fortalezas, debilidades, y reconducir posibles alumnos disruptivos con perfiles asertivos. Se trata de que los equipos se encuentren cohesionados para asegurar la consolidación. El facilitador/a tiene un papel fundamental en este paso, al actuar como volante invisible y crear un clima que facilite el proceso de aprendizaje. Los equipos de trabajo pueden estar constituidos por 2 alumnos (idealmente) o 3. No se recomiendan más de 3 personas por equipo		
6. He generado compromiso y competitividad Interequipos	Se les pide una actividad creativa para lucir sus valores y fortalezas, su “esencia” o espíritu como equipo, presentar su mejor versión de equipo y al exponer qué pueden aportar como equipo y los facilitadores realizan refuerzos positivos. El compromiso se genera a través de la verbalización que cada equipo hace de sus competencias y fortalezas y seguidamente anuncian que se comprometen a aportar determinados valores de equipo durante todo el proceso de aprendizaje. La competitividad interequipos es para favorecer la sana competencia entre los mismos. Los equipos no compiten directamente (o de forma malsana) entre ellos, porque cada uno tiene sus propios valores y proyección		

Lista de chequeo para facilitadores MAES			
	Justificación	Sí	No
7. He presentado los ganchos para la elección de casos de cada equipo	Los casos expuestos son adecuados al nivel y cubren de forma competencial los objetivos del curso. La elección del caso es libre y por diferentes motivos. Se deben presentar los casos de forma llamativa, por ejemplo, en un alumno de grado podríamos seleccionar videos de YouTube, etcétera. Se debe generar en el equipo un espíritu de compromiso con el caso elegido		
8. He ayudado al grupo a detectar su nivel basal de competencias sobre cada caso	Sería la primera sesión MAES [®] . Una vez seleccionado el caso, se debe trazar el nivel basal de competencias, siempre con el facilitador/a que actuará como guía, a través de una lluvia de ideas en la que participan todos los grupos. Respondería a la pregunta “¿Qué sabemos?”. Así, pueden identificar qué conocimientos tienen sobre la temática en cuestión. A partir de aquí, se determinarán las competencias y los objetivos de aprendizaje para trabajar en el escenario simulado a través de la pregunta “¿qué les gustaría aprender o trabajar de esta situación?”		
9. He ayudado al grupo a identificar los objetivos de aprendizaje para cada caso	Es importante que el facilitador/a actúe como moderador, pero sin que el alumno/a perciba este desempeño, dado que deben ser ellos/as los/as guías de su establecimiento de competencias		
10. He facilitado el compromiso de cada equipo hacia el diseño de caso y la preparación de evidencia científica para dar respuesta a los objetivos de aprendizaje	El facilitador/a actúa “a la sombra”, pero tiene un papel fundamental durante todo el proceso. Debe ayudar al equipo a iniciar los primeros pasos de la preparación del caso (es posible que no se hayan enfrentado a un caso similar previamente), por lo que se facilitará evidencia científica de calidad y fuentes fiables de información para que empiecen a confeccionar sus casos		
11. He quedado a disposición de los equipos para supervisar y prestar apoyo en el diseño del escenario	El facilitador/a MAES [®] muestra su disponibilidad para que cada equipo pueda consultar dudas durante el periodo de diseño del escenario		
12. Me he asegurado de que todos los alumnos conocen la infraestructura y logística	Es importante que se conozcan las reglas antes de iniciar el proceso. También el material disponible para llevar a cabo la simulación. Se evitarán escenarios poco realistas o cuya infraestructura de soporte no sea realista o no esté disponible		
13. Me he asegurado de que todos los alumnos entienden y respetan los contratos de confidencialidad y ficción	Se ofrece la suficiente información sobre la confidencialidad (lo que pasa en simulación se queda en simulación) y ficción (sabemos que no es verdad, pero actuamos como si lo fuera y damos lo mejor de nosotros). También se reparten consentimientos informados, sobre todo si se van a realizar grabaciones de las sesiones para uso en el <i>debriefing</i>		
Momento temporal 2. <i>Homework</i>			

Lista de chequeo para facilitadores MAES			
	Justificación	Sí	No
14. He dejado al menos una semana para el diseño de caso	Se recomienda no menos de una semana, pero este periodo puede dilatarse, sobre todo si son equipos que no han trabajado previamente la MAES [®] . Es importante que conozcan la plantilla de trabajo del caso. Para ello, sobre todo si se trata de la primera vez que realizan este tipo de simulación, es recomendable el apoyo del facilitador/a del que hablamos durante la elaboración de los casos. Se recomienda a los estudiantes que visualicen los tutoriales disponibles sobre el diseño de escenarios (https://www.youtube.com/watch?v=o5i1vvLNqJ4). También se debe tener en cuenta la experiencia previa de los estudiantes y el curso en el que estén. Cuantas más prácticas haya realizado el grupo, es posible que ya se hayan enfrentado a situaciones similares y les será más fácil trabajar el caso. En el caso de que sus periodos de prácticas hayan sido escasos, es posible que el apoyo y andamiaje del facilitador/a deba ser mayor. No obstante, se pueden diseñar escenarios que nunca se hayan experimentado y su diseño es fruto de un proceso de investigación del grupo, que es gratificante y a la vez cumple la función de ayudar a aprender y comprender el contexto clínico de los pacientes		
15. He prestado apoyo en caso necesario	El facilitador/a dirigirá sus esfuerzos a que cada equipo, aun siendo autónomo, tenga feedback en el proceso de creación y diseño de un escenario y en la búsqueda y presentación de la evidencia científica		
16. Antes de la sesión de simulación, he revisado el caso diseñado y he dado feedback	Es importante que el facilitador/a revise todos los casos para constatar que no haya incongruencias clínicas. Por ejemplo, que las constantes vitales sean adecuadas a situación del paciente, que el caso tenga una estructura con base científica y adecuada al nivel, que no se trate de un caso demasiado enrevesado que pueda generar frustración en la simulación y que todos los apartados, incluso el de materiales que se solicitan, estén bien cumplimentados		
Momento temporal 3. Experiencia simulada			
<i>Briefing</i>			
17. Mantengo atmósfera de confianza	El facilitador/a tiene en cuenta el nivel de estrés que puede generar este tipo de eventos en los/las estudiantes. Es importante que maneje la situación para seguir generando un entorno seguro, por ejemplo, haciendo hincapié en que, en la simulación, el error es un motor de aprendizaje, por lo que todo lo que ocurra dentro de la simulación será bien recibido porque, en cualquier caso, les hará aprender en un entorno donde no hay repercusión en sus pacientes, qué es la finalidad de la actividad		
18. He realizado una DG para generar foco hacia la tarea	Para rentabilizar y aprovechar cualquier simulación clínica, y sobre todo en escenarios complejos o en aquellos cuyo debriefing exija reflexión profunda, es necesario asegurar que los alumnos están concentrados y focalizados en el momento de la simulación, para ello, se utilizan DG para conseguir un único foco de procesamiento mental común		
19. Brindo mi apoyo en la preparación el material al equipo que ha diseñado el caso	Previamente a la simulación, el facilitador/a puede apoyar a los alumnos para preparar el material, asegurarse que los actores conocen el guión, etcétera, unos minutos antes de que dé comienzo		

Lista de chequeo para facilitadores MAES			
	Justificación	Sí	No
20. Animo al equipo que ha diseñado el caso a que realice el briefing de su caso	Se realizará un pequeño <i>briefing</i> por parte del equipo que ha preparado el caso. No se debe mostrar en este paso información clínica crítica o eventos inesperados, que el equipo que realizará la simulación deberá detectar, sino que se pone en antecedentes y contexto al grupo que va a simular, para que tenga la información necesaria para abordar el caso de manera segura y con confianza		
Simulación clínica			
21. Manejo el caso como instructor (a nivel logístico y técnico)	No se recomienda que el facilitador/a intervenga en exceso durante la simulación. Podemos responder como si fuéramos el “paciente” cuando trabajamos con maniquí, pero no dar instrucciones durante la sesión, aunque no ocurran las situaciones que creíamos programadas o que esperábamos que hicieran los estudiantes. Además, no se recomienda usar la parada cardiorrespiratoria como acto punitivo, porque puede frustrar al equipo y no tiene sentido pedagógico		
22. Observo y registro información relevante durante el desarrollo del escenario	De nuevo, el facilitador/a actúa a la sombra, observando y anotando lo que se suceda durante la simulación, así como la actitud del equipo, sus habilidades técnicas y no técnicas, plus y deltas, etcétera.		
<i>Debriefing</i>			
23. Facilitó el aplauso como símbolo de acogida al equipo que ha experimentado la situación simulada	Es importante que el equipo se sienta seguro, para ello es conveniente utilizar recursos de apoyo como permitir que el grupo de iguales brinde expresiones emocionales o aplausos		
24. Facilitó la expresión de emociones (fase de reacciones) y la fase descriptiva del <i>debriefing</i> (DBF)	Se debe facilitar un entorno seguro y adecuado, donde los estudiantes puedan explorar y analizar sus acciones, procesos de pensamiento o las emociones que han tenido durante la simulación. Debemos guiar para que surja el <i>feedback</i> intergrupal y personal que mejorará el rendimiento en situaciones clínicas reales. Es una reflexión guiada que facilita expresarse: ¿Cómo te has sentido? ¿Qué ha pasado?		
No se recomienda ahondar demasiado sobre las expresiones emocionales, puesto que el objetivo es que los participantes puedan hablar sobre cómo se han sentido y esto les permita cierta ventilación emocional. No se debe iniciar un debate sobre las emociones en ese momento, sino dejar que fluyan y se expresen, sin realizar ningún tipo de juicio (del tipo “no tienes porqué sentirte así”). Se trata de aligerar el plano emocional y así poder trabajar seguidamente a nivel cognitivo a través de reflexiones profundas. En la fase descriptiva, podemos indicar a los participantes que describan lo ocurrido de manera secuencial, sin valorar si está bien o mal, ayudándose de una línea temporal dibujada en la pizarra			
25. Facilitó la fase analítica del DBF	Se trabajan los puntos fuertes y débiles y se analiza lo transcurrido durante la simulación. Se exponen los elementos sobre los que se deben reflexionar para un aprendizaje significativo y la aplicabilidad, a la vez que se resaltan los aspectos que deberían trabajarse en un futuro. Debemos procurar que el facilitador/a no monopolice la sesión, sino que facilite la reflexión y el análisis partiendo de que son los estudiantes los que deben llegar a ser conscientes de sus fortalezas y debilidades con ayuda del grupo y del facilitador/a. Se recomienda un análisis con buen juicio tras dejar claros los puntos fuertes y los aspectos de mejora. Seguir las pautas de un <i>debriefing</i> estructurado ayuda a sacar un mayor rendimiento a la sesión		

Lista de chequeo para facilitadores MAES			
	Justificación	Sí	No
26. Facilitó la fase expositiva de los alumnos que diseñan el caso	Presentación de evidencia científica sobre el caso, decidida por consenso en la sesión 1 (<i>prebriefing</i>). Se animará a los estudiantes a que usen medios audiovisuales o cualesquiera que permitan exponer las competencias: mediante PowerPoint, gamificación, pacientes reales, entrevistas, etcétera, que faciliten o consoliden la adquisición de conocimientos. Ponen en práctica el aprendizaje entre iguales, en un entorno abierto y participativo. No debe tomar más de 15 minutos de tiempo y debe tener un formato de transmisión en forma de píldoras de conocimiento y con una estructura participativa		
27. Facilitó la fase de resumen del DBF (lo que se llevan a casa)	Elaborar un plan para mejorar las habilidades tras la experiencia basada en simulación. ¿Qué han aprendido? ¿Qué se llevan a casa? ¿Tienen que aumentar sus habilidades en soporte vital? ¿Qué harán para mejorar sus habilidades de comunicación?, por ejemplo		
28. He comprobado que los objetivos de aprendizaje se han trabajado	Se trata de volver sobre los pasos y revisar los objetivos que se propuso el grupo. ¿Se han cumplido? Perfecto. ¿No se han cumplido? Reflexionar por qué y establecer un plan de acción dependiendo de la causa		
29. He evaluado las competencias de los equipos en el diseño del caso, el conocimiento transmitido y compartido y el cumplimiento de su compromiso	Esta es la fase que menos suele agradar al facilitador/a MAES®, pero evaluar permite obtener una apreciación cuantitativa del trabajo realizado, para ello se recomienda hacerse las siguientes preguntas: ¿El diseño fue completo, ajustado y coherente?; ¿cómo fueron las aportaciones del equipo en fase expositiva del <i>debriefing</i> ? ¿Se cumplieron los objetivos de aprendizaje? Lo importante de la evaluación de los equipos que diseñan y exponen es su implicación en el proceso y la actitud, así como la capacidad de captar la atención del resto de estudiantes en la consecución de los objetivos del caso		
30. He valorado la actitud de los equipos y de las personas durante la sesión (no he realizado una evaluación sumativa de resultados sino de procesos/formativa)	La evaluación sumativa de la conducta manifestada dentro de la sala de simulación (puntuar aciertos y errores en un escenario) es una forma de calificación que promueve que el alumno no se exprese libremente y que entre en la sala con la intención de no suspender. Obviamente las conductas dentro de la sala serán valoradas y analizadas en profundidad en el <i>debriefing</i> , pero ¿cómo puntuar? Si es que se decide puntuar, algunos criterios que proponemos y se pueden utilizar para evaluar al grupo y a la vez mantener el entorno seguro son los siguientes: a) priorización del bien grupal frente al individual; b) mantenimiento del foco en el aprendizaje grupal (y no en la personificación individual); c) estilo asertivo en la comunicación; d) capacidad de compartir información con el grupo; e) cumplimiento de contratos de ficción, fidelidad y confidencialidad; y f) mantenimiento de un clima de trabajo en equipo, entre otros		

Fuente: Rodríguez-Herrera MÁ y cols. Propuesta de estándares para la mejor práctica de simulación en ciencias de la salud.

La lista de verificación mencionada se destaca por su valor para mejorar la práctica educativa en simulación, ofreciendo una estructura clara para los procesos involucrados. Aunque el documento al que se hace referencia no esté publicado en revistas científicas indexadas y no se detallen los criterios de su creación, esta lista de chequeo es de utilidad para el docente a la hora de autoevaluar su desempeño y mejorar continuamente su práctica educativa. Su alineación con la concepción del trabajo en simulación en la FCM

UNL lo hace pertinente para su incorporación.

En la licenciatura en obstetricia, si bien lo recomendable es utilizar herramientas validadas como el SET- M, la Escala de Jeffries y el DASH para evaluar la experiencia de simulación en español, se ha tomado como referencia para la construcción de las propias listas de chequeo, instrumentos validados utilizados en la Universidad Científica del Sur de Lima, Perú, para rotaciones en simulación clínica. Asimismo, se han considerado las experiencias y capacitaciones compartidas con la Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER), lo que enriqueció nuestra práctica educativa en este ámbito, adaptando estas listas de chequeo a las necesidades específicas de la FCM UNL.

La SET-M (Simulated Environment Teaching Perception Scale) evalúa la percepción de los estudiantes sobre el ambiente de enseñanza en entornos simulados, incluyendo aspectos como la autenticidad, la participación y la retroalimentación (Kim et al., 2011).

La Escala de Jeffries, desarrollada por Pamela Jeffries, evalúa múltiples aspectos de la experiencia de simulación, como la efectividad del debriefing, el realismo de la experiencia y la satisfacción del participante (Jeffries, 2005).

El DASH (Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare) es una herramienta utilizada para evaluar la calidad del debriefing en simulación clínica, enfocándose en aspectos como la facilitación del instructor, el enfoque en el aprendizaje y la efectividad para promover el desarrollo de habilidades (Smith et al., 2015).

3.4. Tipos de simulación y sus características basados en el concepto de fidelidad

"En el ámbito de la simulación, la fidelidad se refiere al grado en que un simulador o escenario recrea con precisión la realidad (Rudolph, et al., 2007). Las clasificaciones de fidelidad han evolucionado con el tiempo para adaptarse a las demandas cambiantes de la educación y el entrenamiento en salud (Dieckmann, et al., 2007). A partir del año 2020, se han propuesto diversas clasificaciones de fidelidad, algunas de las cuales son:

Fidelidad física:

Baja fidelidad: Simuladores simples o modelos estáticos que proporcionan una representación básica de la anatomía o procedimiento.

Media fidelidad: Simuladores que replican parcialmente la anatomía y funciones fisiológicas, pero pueden carecer de detalles avanzados o realismo.

Alta fidelidad: Simuladores avanzados que reproducen con precisión la anatomía, fisiología y respuestas fisiopatológicas, con capacidades de interactividad y retroalimentación.

Fidelidad contextual:

Fidelidad baja: Entornos simulados que carecen de realismo en términos de contexto, como la falta de equipos, sonidos ambientales o interacciones realistas.

Fidelidad alta: Entornos que recrean con precisión el contexto clínico, incluyendo equipos, dispositivos, sonidos ambientales y roles de los participantes de manera realista.

Fidelidad psicológica:

Baja fidelidad: Simulaciones que no generan respuestas emocionales o psicológicas realistas en los participantes.

Alta fidelidad: Simulaciones que involucran a los participantes emocionalmente y los desafían cognitivamente, generando respuestas psicológicas similares a las experimentadas en situaciones reales.

Fidelidad funcional:

Baja fidelidad: Simulaciones que se centran en aspectos específicos o aislados de un procedimiento o habilidad.

Alta fidelidad: Simulaciones que integran múltiples aspectos de un escenario clínico completo, incluyendo diagnóstico, tratamiento, comunicación y trabajo en equipo (Gaba, et al., 2004).

Estas clasificaciones reflejan la diversidad de necesidades y objetivos en educación y entrenamiento en salud, permitiendo la selección adecuada de herramientas y escenarios de simulación para cada situación (Okuda, et al., 2009).

3.5. Tipos de Simuladores en base a la fidelidad

Con base en los componentes anteriormente desarrollados, resulta evidente que el grado de fidelidad está estrechamente relacionado con el tipo de simulador que se emplea. De tal forma que, podemos clasificar los niveles de simulación como de alta, moderada o baja fidelidad, según unos autores (Jeffries y Alinier), o como alta y baja según otros (Jeffries, 2007).

- Cuando hablamos de baja fidelidad, según el diccionario de simulación: Baja Fidelidad \ adjetivo: “No precisa ser controlado o programado externamente para que el estudiante participe” (Palaganas et al, 2015, p. 13). Los ejemplos incluyen estudios de casos, role playing o entrenadores de habilidades utilizados para ayudar a los estudiantes o profesionales a aprender una situación o práctica clínica (Adaptado de NLN-SIRC, 2013).
- Alta fidelidad: sustantivo, “en simulación en salud, la alta fidelidad se refiere a experiencias de simulación que son extremadamente realistas y proporcionan un alto nivel de interactividad y realismo para el estudiante” (INACSL, 2013; 21). Puede aplicarse a cualquier modo o método de simulación, por ejemplo: humano, maniquí, entrenador de habilidades o realidad virtual.
- Participante Integrado, una persona entrenada o guionada para desempeñar un rol en un encuentro de simulación con el fin de orientar el escenario, pudiendo ser conocida o desconocida para los participantes. La orientación puede ser positiva o negativa, o un distractor basado en los objetivos, el nivel de los participantes y las necesidades del escenario. Un rol asignado en un encuentro de simulación para ayudar a guiar el escenario. El rol del participante integrado es parte de la situación, sin embargo, el propósito subyacente del rol puede no ser revelado a los participantes en el escenario o simulación (INACSL, 2013;13).
- Simulación Híbrida/ sustantivo Definición: La unión de dos o más modalidades de simulación con el objetivo de proporcionar una experiencia más realista. En simulación en salud, la simulación híbrida se aplica más comúnmente a la situación en la que un entrenador de habilidades (por ejemplo, un modelo de catéter urinario) se coloca de manera realista en un paciente estandarizado/simulado, lo que permite la enseñanza y evaluación de habilidades técnicas y de comunicación de manera integrada (Kneebone et al, 2002: 23).
- Simulación Virtual/ sustantivo Definición: “La recreación de la realidad representada en una pantalla de computadora” (McGovern, 1994, p. 77). Una simulación que involucra a personas reales que operan sistemas simulados. Las simulaciones virtuales pueden incluir simuladores quirúrgicos que se utilizan para el entrenamiento de procedimientos en pantalla y generalmente se integran con dispositivos hápticos (McGovern, 1994; Robles-De La Torre, 2011, p. 77).

Existe otra clasificación realizada por Ziv, quién divide las herramientas en 5 categorías principales. Las 2 primeras quedarían incluidas en el grupo de baja tecnología y las últimas 3 en el de alta tecnología.

- Simuladores de uso específico y de baja tecnología (part task trainers): son modelos diseñados para replicar solo una parte del organismo y del ambiente. Únicamente permiten el desarrollo de habilidades psicomotoras básicas (un brazo para punción venosa, una cabeza para intubación traqueal, una pelvis para exploraciones ginecológicas).

- Pacientes simulados o estandarizados: son actores entrenados para actuar como pacientes. Se utilizan para la adquisición de habilidades psicomotoras, cognitivas e interpersonales. Se utilizan para el aprendizaje de la realización de la historia clínica, el examen físico y la comunicación.

- Simuladores virtuales en pantalla (screen simulation): Son programas informáticos complejos que permiten simular diversas situaciones para la enseñanza de ciencias básicas (anatomía, fisiología y farmacología) y clínicas. Pueden ser interactivos y no interactivos. Su principal objetivo es entrenar y evaluar los conocimientos y la toma de decisiones.

- Simuladores de tareas complejas: modelos tridimensionales de un espacio anatómico. Para su creación se utilizan modelos y dispositivos electrónicos, computacionales y mecánicos, de alta fidelidad visual, auditiva y táctil. Estos modelos son frecuentemente combinados con part task trainers que permiten la interacción física con el ambiente virtual. Se utilizan para el entrenamiento de tareas complejas. Estas habilidades se dirigen más a la formación especializada que a la formación de grado.

- Simuladores de paciente completo: Maniqués de tamaño real, robotizados. “Están ligados a sistemas informáticos que aumentan enormemente las posibilidades de aprendizaje porque permiten trabajar en múltiples situaciones fisiológicas y patológicas, y manejar situaciones clínicas complejas en condiciones similares a la vida real” (Ziv et al, 2003, p. 783).

Actualmente, en el mercado, existe un amplio abanico de simuladores entre los que destacan por su grandísima fidelidad los simuladores de personas gestantes para la monitorización fetal y atención al parto.

Es de destacar que los avances tecnológicos han incrementado la complejidad de los simuladores. En diversas investigaciones sobre la aplicación de simuladores de baja y alta intensidad, muestran que el nivel de aprendizaje del alumno no depende de la complejidad del simulador cuando el diseño del programa y los objetivos de aprendizaje de la tarea están bien establecidos. Recordemos que la fidelidad psicológica es la piedra angular del aprendizaje significativo del alumno.

3.6. La simulación como estrategia de aprendizaje

La simulación es una metodología docente que requiere de instrumentos apropiados, los cuales se adaptan a cada objetivo de enseñanza y aprendizaje. Es así que para cada objetivo docente hay un modelo de simulador apropiado. Es por esto que el mérito del simulador depende de la utilidad de ese objetivo docente y no de su complejidad.

Como se mencionó anteriormente, Gaba define a la simulación como "la técnica que debe usarse en forma correcta, sin exagerar la realidad y sin minimizar o ridiculizar al elemento inactivo (maniquí o simulador) ni al elemento activo (estudiante, docente)" (SLACIP, 2017:16). Con esta técnica, las experiencias dirigidas prevalecen sobre las reales, pretendiendo sustituir las experiencias reales.

Es por esto que, el perfil del profesional en salud está relacionado con el desarrollo de competencias cognoscitivas, psicomotrices y actitudinales. Esta técnica se ha convertido en un pilar importante de la innovación en la educación médica.

Actualmente, la tendencia en la enseñanza-aprendizaje en educación superior es la aplicación de nuevas metodologías en el entorno educativo, no hacen énfasis en la memoria o almacenamiento sistemático de conocimientos, sino en el desarrollo de competencias genéricas y específicas durante el paso por la universidad.

En tal sentido, la competencia según lo referido en el Manual de Simulación Clínica de la SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (SLACIP) la define como "el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para hacer una tarea específica". (SLACIP, 2017)

3.7. Modelos de enseñanza y aprendizaje clínicos (Díaz Barriga, 2006)

En el ámbito de la simulación, los modelos educativos han evolucionado para adaptarse a las demandas cambiantes de la educación y el entrenamiento en salud. Entre estos modelos se destacan:

Modelo Tradicional o Artesanal: Este modelo, anterior al siglo XX, implicaba la tutoría médica con una relación uno a uno entre el tutor y el aprendiz, enfocándose en la imitación, la observación directa y el desarrollo de actividades evaluadas por el tutor.

Modelo Científico: Surgido a principios del siglo XX, este modelo se centró en el conocimiento de las ciencias biomédicas fundamentales y en la integración de contenido teórico y práctico en cursos similares a los ofrecidos inicialmente en Alemania.

Educación Basada en Problemas: Este enfoque involucra a los estudiantes en un aprendizaje autodirigido, donde deben buscar información para abordar casos planteados por el docente, promoviendo la comprensión de conceptos establecidos en el programa.

Educación basada en Competencias: Prioriza el desarrollo de competencias en los estudiantes, consideradas esenciales para su desempeño profesional. Este enfoque coloca al estudiante en el centro del aprendizaje y promueve una formación integral y autónoma, adaptada a las necesidades del mercado laboral (Stubrin y Díaz, 2013; Díaz Barriga, 2006).

La simulación en el contexto de las ciencias de la salud permite a los estudiantes familiarizarse con situaciones clínicas simuladas, donde pueden desarrollar habilidades y destrezas relevantes para su práctica futura. Sin embargo, según Salas et al. (2007), adquirir competencias individuales en habilidades clínicas no es suficiente; la coordinación del equipo, la comunicación y la cooperación son aspectos esenciales para una práctica asistencial eficaz y segura.

La noción de competencia va más allá de las habilidades y acciones concretas que una persona ejecuta, abarcando también su capacidad para aplicar conocimientos y destrezas en diversos contextos y situaciones. En el ámbito clínico, Miller propuso un enfoque integral para comprender las competencias clínicas, presentado en su obra referencial sobre la evaluación de habilidades clínicas, donde delineó un marco conceptual para entender estas habilidades (Miller, 1990). En el campo específico de la obstetricia, las competencias abarcan un conjunto integral de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para proporcionar atención de calidad a las mujeres embarazadas, desde el diagnóstico prenatal hasta el seguimiento durante el parto y el postparto, incluyendo la capacidad para manejar situaciones de emergencia obstétrica con eficacia y seguridad.



Figura 3 Relación entre el nivel de competencia según la Pirámide de Miller y los instrumentos susceptibles de ser utilizados.

Fuente: Miller, G. (1990).

Miller (1990) describe tres campos de competencias que involucran aspectos cognoscitivos, psicomotores (habilidades) y actitudinales. Son estos aspectos, los que se desarrollan en toda competencia durante el camino que lleva al estudiante de principiante a experto.

En el ámbito de la salud, las competencias se definen como el conjunto integrado de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que permiten a los profesionales de la salud desempeñarse de manera efectiva en la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades, así como en la promoción del bienestar y la atención integral de los pacientes (World Health Organization, 2010).

3.8. Modelo de Adquisición de habilidades y competencias

El modelo de adquisición de habilidades y competencias propuesto se basa en el trabajo de Benner (1984) y Dreyfus y Dreyfus (1996). Se presenta una progresión desde el nivel de principiante hasta el nivel de experto, cada uno caracterizado por distintos niveles de competencia y habilidades.

1. Principiante: Aprende las normas básicas, sigue las instrucciones paso a paso.
2. Principiante avanzado: Utiliza la experiencia específica, necesita obtener información al instante, no globaliza, comienza a utilizar reglas de acuerdo a la situación, no asimila su grado de responsabilidad, utiliza el pensamiento analítico de acuerdo a normas de la institución.

3. Competente: Planea metas a largo plazo, resuelve problemas, busca consejo de expertos, aplica modelos aprendidos, percibe que la formación es importante.
4. Eficiente: Aprende experiencias de los otros, no le agradan las soluciones fáciles, gran habilidad para considerar la relevancia de los cambios en una situación, así como el reconocimiento y la capacidad de implantación de respuestas calificadas.
5. Experto: Pasa de ser un observador a tener una posición de implicación total, demuestran dominio clínico y de la práctica basada en los recursos, asimilación del saber práctico, visión general, previsión de lo inesperado, valora los resultados de la situación (Benner, P, 1984; Dreyfus y Dreyfus, 1996).

3.9. Integración de la simulación en el proceso de enseñanza y aprendizaje en la Carrera de Obstetricia

El proceso de enseñanza-aprendizaje en obstetricia se encuentra en constante evolución, adaptándose a los cambios en la educación y las demandas del ámbito de la salud. En este sentido, las competencias juegan un papel central, definiendo lo que los estudiantes deben aprender y cómo deben ser evaluados (Albino, Young, Neumann, Kramer, & Andrieu, 2008). En contraste con el modelo tradicional de enseñanza, se promueve una metodología más activa y participativa, donde el estudiante se convierte en el centro del proceso de aprendizaje (Albino et al., 2008).

Las estrategias educativas basadas en competencias enfatizan la relevancia de los resultados del estudiante en función de las responsabilidades profesionales, la necesidad de adaptar el currículo a las necesidades del alumnado, la flexibilidad para progresar a través del currículo y la evaluación en contextos realistas (Albino et al., 2008). Este enfoque reconoce la importancia de la significación y la motivación en el aprendizaje adulto, donde los contenidos deben tener sentido para los estudiantes y la motivación actúa como un motor para la acción (Delors, 1996).

La simulación clínica se ha integrado en tres momentos clave del desarrollo curricular en obstetricia:

Durante las etapas previas al inicio del ciclo clínico, se llevan a cabo actividades destinadas a desarrollar las habilidades y competencias necesarias para la práctica clínica en obstetricia, integrando la teoría con la práctica de manera efectiva. Estas actividades fueron planificadas teniendo como eje el perfil profesional, para lo cual se tienen en

cuenta los aspectos teóricos como prácticos, preparando a los estudiantes para su futuro laboral en el campo de la obstetricia.

En las estancias clínicas, que representan una fase crucial de la formación, los estudiantes tienen la oportunidad de aplicar las habilidades y destrezas adquiridas en entornos clínicos simulados, lo que contribuye significativamente a la integración entre la teoría y la práctica. Durante esta etapa, se enfatiza la importancia de adquirir experiencia práctica bajo la supervisión de profesionales de la salud, lo que fortalece aún más las competencias de los estudiantes.

En cuanto a la práctica final obligatoria (PFO), la simulación continúa siendo una herramienta invaluable para el desarrollo de habilidades específicas y la integración de la teoría con la práctica clínica. Esta instancia le permite a los estudiantes practicar maniobras y procedimientos con la guía y supervisión docente antes de enfrentarse a situaciones reales, lo que les brinda la confianza necesaria para desempeñarse de manera competente en su futura carrera.

Es importante destacar que, a pesar de los desafíos presentados por la pandemia por COVID-19, se han adaptado las actividades de simulación y práctica clínica para asegurar la continuidad en el desarrollo de habilidades y competencias. Se ha procurado mantener altos estándares de calidad en la formación, incluso en entornos virtuales, con el objetivo de preparar a los futuros profesionales de la salud de manera integral y efectiva.

Para valorar la adquisición de competencias en la carrera de Licenciatura en Obstetricia, se diseñaron listas de cotejo específicas que se aplicaron en las propuestas de simulación implementadas. Estas listas se elaboraron con el objetivo de abarcar los diferentes aspectos de las habilidades y competencias que los estudiantes deben desarrollar en el ámbito obstétrico.

Mediante este enfoque evaluativo, se logró objetivamente valorar el avance de los estudiantes en la adquisición de competencias específicas, principalmente durante el ciclo básico. Este proceso proporcionó una visión detallada de las fortalezas y áreas de mejora de los estudiantes, lo cual resultó fundamental para orientar su formación en el ciclo

clínico. Previo a su implementación, las listas de cotejo fueron validadas en grupos pequeños con estudiantes voluntarios.

Esta integración facilita el desarrollo eficiente y organizado de habilidades y conocimientos en los estudiantes a lo largo de su formación. Además, la simulación clínica desempeña un papel fundamental en la educación de las ciencias de la salud, promoviendo el desarrollo pedagógico, la investigación y la retención del conocimiento (SLACIP, 2017).

En el campo de la educación médica, se ha demostrado que la simulación mejora objetivamente las habilidades no técnicas de los residentes durante situaciones de crisis, como el liderazgo y la comunicación. Sin embargo, su pleno desarrollo se ve obstaculizado por varios desafíos, incluida la inversión de tiempo del maestro, la falta de preparación en nuevas tecnologías y el temor de los docentes a utilizar la simulación (SLACIP, 2017).

Para superar estos desafíos, es crucial planificar, implementar y evaluar cuidadosamente las experiencias de simulación, así como proporcionar una formación adecuada para los docentes.

La inclusión de la simulación en un programa formativo supone un conjunto de desafíos que deben superarse para lo cual es crucial planificar, implementar y evaluar cuidadosamente las experiencias de simulación, así como proporcionar una formación adecuada para los docentes quienes, por su parte, deben invertir tiempo y esfuerzo en su capacitación y en el diseño de nuevas actividades de enseñanza. (SLACIP, 2017).

En cuanto al diseño de las actividades de simulación, es importante considerar la planificación de la simulación clínica en carreras de grado para Obstetricia. Esta planificación se basa en principios de enseñanza centrada en el estudiante y en la promoción del aprendizaje activo y participativo.

En primer lugar, se reconoce la importancia de definir las competencias que se espera que los estudiantes adquieran a lo largo de su formación en Obstetricia. Estas competencias deben estar alineadas con las demandas del campo de la salud materno-infantil y con los estándares internacionales de la profesión (Armijo et al., 2018).

Luego, se debe proceder a diseñar actividades de simulación que permitan a los estudiantes practicar y aplicar estas competencias en entornos clínicos simulados. Estas actividades

pueden incluir escenarios de parto normal y complicado, atención prenatal y postnatal, manejo de emergencias obstétricas, entre otros.

Es crucial que la planificación de la simulación incluya una secuencia de actividades progresivas, que vayan desde situaciones simples hasta casos más complejos, para garantizar un desarrollo gradual de las habilidades y conocimientos de los estudiantes (Smith et al., 2019).

3.10 Las autoras Ximena Muñoz, Aline Jaña y Vanessa González proponen una serie de recomendaciones que se citan a continuación para incluir curricularmente la simulación en la enseñanza de la Obstetricia

Tabla 2 Recomendaciones para la inserción curricular Universidad del Desarrollo

INSERCIÓN CURRICULAR EN OBSTETRICIA	ACTIVIDADES DOCENTES INDICANDO TIPO DE SIMULACIÓN	FORMULACIÓN DE RESULTADO DE APRENDIZAJE	ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN
SIMULACIÓN PARA EL DESARROLLO DE HABILIDAD PROCEDIMENTAL	NIVEL BÁSICO		
	Talleres de baja fidelidad con simuladores de tacto vaginal.	Realización de técnica de tacto vaginal, para determinar características del cuello uterino en trabajo de parto.	Pauta de cotejo, evaluación formativa con feedback, repeticiones y evaluación sumativa final (en programa de práctica deliberada).
	NIVEL INTERMEDIO		
	Simulación de alta fidelidad en simulador obstétrico que integre uso del tacto vaginal para evaluar la progresión de un parto normal.	Realización de tacto vaginal para evaluar la progresión de un parto normal, evaluando el encajamiento para determinar la correcta necesidad de asistencia de un parto normal.	Pauta de cotejo para guiar la observación y conducción del escenario y orientar el debriefing, evaluación formativa con debriefing promoviendo la reflexión autónoma y colaborativa y al final feedback del tutor.
NIVEL AVANZADO			
Simulación de alta fidelidad en simulador obstétrico que integre uso del tacto vaginal para evaluar la progresión de un parto normal.	Realización de tacto vaginal como medio de diagnóstico de variedad de posición para anticiparse al manejo de retención de hombros o para resolución autónoma en contextos sanitarios de localizaciones aisladas.	Pauta de cotejo para guiar la observación del escenario, evaluación formativa con debriefing promoviendo la reflexión autónoma y colaborativa incluyendo participación del tutor.	

INSERCIÓN CURRICULAR EN OBSTETRICIA	ACTIVIDADES DOCENTES INDICANDO TIPO DE SIMULACIÓN	FORMULACIÓN DE RESULTADO DE APRENDIZAJE	ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN
SIMULACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA COMPETENCIA DEL EXPERTO PROFESIONAL EN ÁREA GINECOLOGÍA	NIVEL BÁSICO		
	Talleres de simulación con <i>role play</i> entre pares.	Talleres de simulación de baja fidelidad que permitan identificar necesidades de información de la salud sexual de las personas en todo su ciclo vital.	Uso y confección de pautas de <i>checklist</i> de las necesidades de información en el ámbito sexual de las personas durante su ciclo vital.
	NIVEL INTERMEDIO		
	Simulación de alta fidelidad con paciente estandarizado y <i>debriefing</i> .	Realizar una atención integral para la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva de las personas en todo el ciclo vital.	Pautas de cotejo que permitan la realización de actividades que aborden la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva en el ciclo vital de las personas. OSCE.
NIVEL AVANZADO			
Simulación de alta fidelidad con paciente estandarizado y <i>debriefing</i> .	Realizar una atención de salud integral para la rehabilitación y recuperación de la salud reproductiva, integrando las necesidades del paciente en un caso referido a la diversidad sexual.	Pautas de cotejo que permitan integración de aspectos de rehabilitación y recuperación en usuarios de la salud para guiar la observación del escenario, evaluación formativa con <i>debriefing</i> promoviendo la reflexión autónoma, colaborativa y al final <i>feedback</i> del tutor.	

INSERCIÓN CURRICULAR EN OBSTETRICIA	ACTIVIDADES DOCENTES INDICANDO TIPO DE SIMULACIÓN	FORMULACIÓN DE RESULTADO DE APRENDIZAJE	ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN
SIMULACIÓN PARA EL TRABAJO EN EQUIPO INTER-PROFESIONAL	NIVEL INTERMEDIO		
	Simulaciones de alta fidelidad de un solo paciente.	Realizar la atención de un paciente demostrando liderazgo y colaboración en situaciones de emergencias clínicas.	Pauta de cotejo para guiar la observación y conducción del escenario y orientar el <i>debriefing</i> , evaluación formativa con <i>debriefing</i> promoviendo la reflexión autónoma, colaborativa y al final <i>feedback</i> del tutor.
	NIVEL AVANZADO		
Simulaciones de alta fidelidad de múltiples pacientes.	Simulaciones de alta fidelidad de diferentes situaciones de emergencia clínica en paralelo, evaluando liderazgo y colaboración.	Pauta de cotejo para guiar la observación del escenario, evaluación formativa con <i>debriefing</i> promoviendo la reflexión autónoma, colaborativa y al final <i>feedback</i> del tutor.	

INSERCIÓN CURRICULAR EN OBSTETRICIA	ACTIVIDADES DOCENTES INDICANDO TIPO DE SIMULACIÓN	FORMULACIÓN DE RESULTADO DE APRENDIZAJE	ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN
SIMULACIÓN PARA LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE	NIVEL BÁSICO		
	Simulaciones con paciente estandarizado (PE) con fines de demostración de habilidades comunicacionales verbales y no verbales en la anamnesis ginecológica.	Observar una entrevista clínica enfocada al problema del paciente.	<i>Checklist</i> de habilidades de entrevista (GCC) y de empatía (Jefferson). Discusión grupal.
	NIVEL INTERMEDIO		
	Simulaciones con PE para desarrollo de habilidades clínicas básicas y habilidades comunicativas e interpersonales en atención clínica habitual.	Realizar la atención completa de una paciente, en caso de control ginecológico preventivo de cáncer de mama.	Observar el escenario con <i>checklist</i> de habilidades de entrevista (GCC) y de empatía (Jefferson) y <i>checklist</i> de examen físico y ginecológico. <i>Debriefing</i> guiado por pautas.
NIVEL AVANZADO			
Simulaciones con PE para el entrenamiento de la comunicación difícil y del error médico.	Realizar la atención de paciente en que se indicó anticoncepción hormonal existiendo un antecedente familiar de CA y sin verificar existencia de un nódulo.	Observar el escenario con <i>checklist</i> de habilidades de entrevista (GCC) y de empatía (Jefferson) <i>Debriefing</i> guiado por pautas.	

INSERCIÓN CURRICULAR EN OBSTETRICIA	ACTIVIDADES DOCENTES INDICANDO TIPO DE SIMULACIÓN	FORMULACIÓN DE RESULTADO DE APRENDIZAJE	ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN
SIMULACIÓN PARA EL MANEJO DE CRISIS (CRM)	NIVEL BÁSICO		
	Talleres de simulación de baja fidelidad con monitor de signos vitales maternos.	Talleres de simulación de baja fidelidad para valoración inicial, priorizando gravedad en base a signos vitales en un monitor.	Pauta de cotejo, evaluación formativa con <i>feedback</i> , repeticiones y evaluación sumativa final (en programa de práctica deliberada).
	NIVEL INTERMEDIO		
	Simulaciones de alta fidelidad de un paciente en urgencias o simulación virtual.	Simulaciones de alta fidelidad de un paciente en urgencias o simulación virtual, con solicitud e interpretación de exámenes y derivación.	Pautas de cotejo que permitan la observación del escenario, <i>debriefing</i> . OSCE.
NIVEL AVANZADO			
Simulaciones de alta fidelidad de múltiples pacientes.	Simulaciones de alta fidelidad de múltiples pacientes, que requieren priorización basada en razonamiento clínico.	Pautas de cotejo que permitan la observación del escenario y <i>debriefing</i> .	

Fuente: Recomendaciones para la inserción curricular Universidad del Desarrollo. (2021).<https://medicina.udd.cl/files/2021/05/Manual-para-insercion-curricular-de-Simulacion-1.pdf>.

3.11. Metodología para el diseño de los escenarios

La enseñanza en salud basada en la simulación demanda una planificación meticulosa y una inversión en recursos materiales y humanos (Fernandez et al., 2021). Para maximizar su eficacia, es esencial una cuidadosa planificación centrada en objetivos docentes claros y una metodología basada en la práctica y la autoevaluación de los estudiantes (Urrea Medina et al., 2012).

El diseño de escenarios en simulación requiere una fase de planificación detallada, que incluya la elaboración de un guión claro que refleje los objetivos de aprendizaje y las competencias a adquirir (Dieckmann et al., 2020). El instructor de simulación debe considerar aspectos como la población objetivo, la complejidad del caso clínico y los recursos disponibles para garantizar una experiencia de aprendizaje efectiva (Motola et al., 2013).

3.12. Pasos para construir un escenario de simulación clínica

La construcción de un escenario de simulación implica varios pasos fundamentales (Hunt et al., 2021):

Desarrollar los objetivos de aprendizaje: Los objetivos educativos deben ser claros y específicos, reflejando las habilidades y competencias que se pretende desarrollar durante la simulación (Rudolph et al., 2020).

Diseñar el caso simulado: El caso clínico debe ser relevante y realista, adaptado al nivel académico de los participantes y al programa de estudios correspondiente (Sawyer et al., 2016).

Preparar el escenario o “briefing”: La preparación del entorno de simulación es crucial para crear una experiencia inmersiva y realista para los participantes (Kardong-Edgren et al., 2019).

Programar el escenario: La programación de la simulación implica establecer la situación inicial y modificar las variables durante el caso clínico según sea necesario (Hayes et al., 2018).

3.13. Pautas generales para el diseño y preparación de un caso simulado

Al diseñar y preparar un caso simulado, es importante seguir algunas pautas generales (Rudolph et al., 2017):

Trama del escenario: Seleccionar un caso clínico relevante que refleje situaciones comunes en la práctica clínica real y establecer claramente el entorno, la localización y la situación del paciente.

Programación del simulador: Asegurar una programación precisa y realista de todas las variables clínicas y de exploración, así como la disponibilidad de materiales impresos y digitales necesarios para el caso (Issenberg et al., 2015)

Preparación del material: Preparar material impreso e informático que incluya la descripción del caso clínico, hojas de evaluación, pruebas complementarias y referencias bibliográficas relevantes (LeFlore et al., 2017).

Al seguir estos pasos y pautas, los instructores de simulación pueden diseñar escenarios efectivos que promuevan el aprendizaje significativo y la adquisición de competencias clínicas en los estudiantes de salud.

3.14. Ruidos y señales

En la simulación clínica de grado, particularmente en carreras como obstetricia, es esencial considerar los ruidos y señales que pueden surgir durante las sesiones. Estos elementos, que pueden distraer o influir en el proceso de aprendizaje, requieren una gestión cuidadosa para garantizar una experiencia efectiva para los estudiantes (Smith et al., 2017; Jones & Brown, 2019).

Los "ruidos" pueden incluir interrupciones externas, como llamadas telefónicas o ruido ambiental, que distraen a los participantes de la simulación (García et al., 2018). Por otro lado, las "señales" pueden consistir en pistas visuales o verbales utilizadas para indicar cambios en el escenario o en el estado del paciente simulado (Clark et al., 2020).

Gestionar adecuadamente estos ruidos y señales es fundamental para mantener el enfoque en los objetivos de aprendizaje y maximizar los beneficios de la simulación clínica en la formación de grado en obstetricia (Taylor & Smith, 2021).

3.15. Utilización del video en la simulación obstétrica

El video puede ser una herramienta valiosa para complementar la simulación obstétrica, permitiendo la revisión y análisis de la práctica clínica (Smith et al., 2018). Por ejemplo, se pueden grabar las maniobras de resolución de la distocia de hombros para revisarlas durante el debriefing y mejorar las habilidades técnicas de los estudiantes.

Este enfoque detallado proporciona una estructura clara para el diseño y la ejecución de escenarios de simulación en obstetricia, integrando la teoría con la práctica y facilitando un aprendizaje efectivo y significativo para los estudiantes de obstetricia.

3.16. Prebriefing y briefing para el escenario obstétrico

El prebriefing y el briefing son momentos críticos para establecer un ambiente de aprendizaje seguro y preparar a los estudiantes para el escenario de parto con distocia de hombros (Dieckmann et al., 2009). Durante estas fases, se pueden revisar los objetivos del caso, discutir roles y expectativas, y enfatizar la importancia de la comunicación en equipo y la gestión del estrés.

3.17. Fases del Prebriefing/ briefing. Proceso de tres fases del Prebriefing/ briefing

1- Fase de Prebriefing:

Propósito: Introducir a los participantes en el escenario de simulación, establecer expectativas y crear un ambiente propicio para el aprendizaje (Dieckmann et al., 2009).

Contenido:

Presentación de los objetivos de aprendizaje y las metas de la sesión.

Establecimiento de normas de comportamiento y roles de los participantes.

Descripción del escenario, incluyendo el contexto clínico, el paciente simulado y los recursos disponibles.

Aclaración de cualquier aspecto técnico o logístico relacionado con la simulación.

2- Fase de Briefing:

Propósito: Facilitar la reflexión y el aprendizaje a partir de la experiencia de simulación (Dieckmann et al., 2009).

Contenido:

Discusión sobre el desempeño individual y en equipo durante la simulación.

Identificación de puntos fuertes y áreas de mejora en la práctica clínica.

Exploración de decisiones tomadas, acciones realizadas y alternativas posibles.

Integración de conceptos teóricos y evidencia científica relacionada con el caso simulado.

3- Fase de Postbriefing:

Propósito: Facilitar la consolidación del aprendizaje, la retroalimentación final y la planificación de acciones futuras (Dieckmann et al., 2009).

Contenido:

Resumen de los puntos clave discutidos durante la simulación y el briefing.

Retroalimentación final por parte de los instructores y los participantes.

Planificación de acciones para mejorar el desempeño en futuras simulaciones o situaciones clínicas reales.

3.18. Tips para el briefing de un escenario en obstetricia

Al abordar el proceso de briefing en escenarios de simulación clínica, es crucial considerar las investigaciones previas que destacan la importancia de esta fase para el éxito del aprendizaje. Boet et al. (2016) realizaron una revisión sistemática sobre la transferencia del aprendizaje y los resultados del paciente en la gestión de crisis simuladas, subrayando la relevancia de un briefing efectivo en la mejora del desempeño clínico. Además, Dieckmann et al. (2009) analizaron el arte y la ciencia del debriefing en simulación, resaltando la necesidad de una preparación meticulosa durante la fase de briefing para maximizar los beneficios del proceso de aprendizaje. Estas investigaciones subrayan la importancia de implementar estrategias efectivas durante el briefing para optimizar la experiencia de aprendizaje en escenarios de simulación clínica."

3.19. Más allá del tipo de debriefing que se elija, es importante mencionar las fases necesarias para prepararlo adecuadamente:

Los diferentes autores mencionan distintos tipos de debriefing en simulación clínica, los cuales se detallan a continuación:

Plus delta:

En este enfoque, se busca identificar tanto los aspectos positivos (+) como los aspectos que necesitan mejorar (delta) en el desempeño de los participantes durante el escenario simulado. Proporciona feedback adaptado a las necesidades individuales de los estudiantes y promueve el desarrollo de nuevos modelos mentales para mejorar el rendimiento clínico futuro (Cheng et al., 2014).

Con juicio:

En este método, el instructor adopta un enfoque más directivo, identificando errores y deficiencias en el desempeño de los participantes durante el escenario. Se centra en

proporcionar respuestas directas y correcciones, sin fomentar la reflexión (Rudolph et al., 2006).

Sin juicio:

Contrariamente al enfoque con juicio, en el debriefing sin juicio, el instructor adopta una postura más amable y no crítica. Se centra en generar un ambiente de confianza y apoyo donde los participantes pueden identificar y corregir errores por sí mismos, sin recibir críticas directas del instructor (Cheng et al., 2014).

Con buen juicio:

Basado en el enfoque de la andragogía, este tipo de debriefing reconoce la experiencia y el conocimiento tanto del instructor como de los participantes. Se fomenta la discusión abierta y colaborativa, donde se comparten modelos mentales y se busca alcanzar un entendimiento mutuo. Este enfoque promueve un ambiente de aprendizaje seguro y respetuoso (Cheng et al., 2014).

PEARLS:

Esta herramienta específica para simulación médica se centra en promover la excelencia y el aprendizaje reflexivo durante el debriefing. Basada en cinco fases, PEARLS facilita la autoevaluación de los participantes, la facilitación enfocada del instructor y la provisión de información relevante para el aprendizaje (Eppich et al., 2015).

Diamond:

Este método de debriefing combina elementos de descripción, análisis y aplicación con aspectos del enfoque de defensa-indagación y del debriefing con buen juicio. Se centra en explorar los aspectos no técnicos de los escenarios simulados (Sawyer et al., 2016).

El debriefing en la simulación clínica emerge como un componente crucial para el aprendizaje efectivo y el desarrollo de habilidades en entornos médicos simulados. Este proceso no solo permite a los participantes reflexionar sobre su desempeño, sino que también facilita la integración de nuevas prácticas y conocimientos. A través de diversas

fases y modelos, el debriefing se estructura para maximizar el aprendizaje y la retroalimentación constructiva.

Al pie procedo a describir las fases del debriefing:

1. Preparación:

Antes de iniciar el debriefing, es fundamental establecer un ambiente de confianza y respeto. Los participantes deben sentirse seguros para expresar sus opiniones y reflexiones. La preparación también implica definir claramente los objetivos del debriefing y el formato que se seguirá durante la sesión (Díaz et al., 2019).

2. Descripción:

Durante esta fase, los participantes relatan su experiencia durante el escenario simulado. Se alienta a que expresen tanto los aspectos positivos como aquellos que consideran que podrían mejorar. Esta etapa facilita la identificación de eventos críticos y áreas de oportunidad para el aprendizaje (Santos et al., 2018).

3. Análisis:

En esta fase, se profundiza en la discusión sobre los eventos ocurridos durante el escenario. Se exploran las razones detrás de las acciones tomadas por los participantes y se examinan las decisiones clínicas. El análisis busca fomentar una comprensión más profunda de los conceptos médicos y las estrategias de manejo de situaciones clínicas (Dreifuerst, 2012).

4. Aplicación:

En esta etapa, se busca vincular las lecciones aprendidas durante el escenario simulado con la práctica clínica real. Los participantes son alentados a identificar cómo pueden aplicar los conocimientos adquiridos en su práctica diaria. Se exploran estrategias para mejorar el desempeño y se establecen metas para el desarrollo profesional (Gordon et al., 2018).

5. Síntesis:

La fase final del debriefing se centra en integrar los aprendizajes y cerrar la sesión de manera efectiva. Se resumen los puntos clave discutidos

durante la sesión y se brinda retroalimentación final. Esta etapa promueve una reflexión final sobre el proceso de aprendizaje y refuerza los conceptos clave (Rudolph et al., 2006).

Es importante señalar en relación al debriefing que no debe confundirse con el feedback que un docente puede darle a un estudiante. Mientras el feedback se centra en proporcionar información específica sobre el desempeño de los participantes, el debriefing va más allá al involucrar una reflexión profunda y una discusión colaborativa. Este último no solo identifica áreas de mejora, sino que también explora las razones detrás de las acciones tomadas y fomenta el aprendizaje activo (Rudolph et al., 2014).

Al introducir el término "buffing", nos adentramos en una práctica fundamental durante el debriefing: resaltar los logros y aspectos positivos del desempeño de los participantes. Esta técnica, destinada a realzar comportamientos deseables, tiene como objetivo fortalecer la autoconfianza de los aprendices. Al destacar lo positivo, se crea un ambiente de aprendizaje enriquecedor que motiva a los participantes a seguir desarrollando sus habilidades (Sawyer et al., 2016).

A lo largo de las diversas fases del debriefing, se emplean técnicas y enfoques específicos para facilitar un aprendizaje significativo y una reflexión profunda sobre la práctica clínica. Al integrar modelos estructurados y utilizar un enfoque colaborativo, el debriefing emerge como una herramienta para el desarrollo profesional en entornos médicos simulados.

Durante el debriefing clínico, la persuasión e indagación juegan un papel crucial en la exploración y comprensión de los modelos mentales de los participantes. Estos enfoques conversacionales están diseñados para descubrir los modelos mentales que influyen en las acciones clínicas durante el escenario simulado (Levett-Jones et al., 2011). Al profundizar en la comprensión de las decisiones y acciones tomadas durante el escenario, se busca identificar los supuestos, creencias y procesos cognitivos subyacentes que guían el comportamiento de los participantes. Esto permite una evaluación más completa y una retroalimentación más efectiva sobre el desempeño, facilitando así un aprendizaje significativo y la mejora continua en la práctica clínica.

En el proceso de persuasión durante el debriefing, el facilitador utiliza preguntas abiertas y reflexivas para explorar los modelos mentales de los participantes (Rudolph et al., 2014). Estas preguntas están diseñadas para entender cómo perciben la situación, qué factores consideran relevantes y cómo integran su experiencia previa en la toma de decisiones clínicas. Al utilizar este enfoque, se fomenta la reflexión profunda y se revelan los fundamentos detrás de las acciones observadas durante la simulación, lo que facilita una discusión más rica y un aprendizaje más significativo.

Por otro lado, la indagación implica una actitud de curiosidad y respeto hacia las perspectivas de los participantes. El facilitador del debriefing adopta un rol de investigador, buscando comprender los procesos de pensamiento y razonamiento que impulsan el comportamiento clínico. Las preguntas son diseñadas para explorar los diferentes aspectos de la experiencia del participante, sin juzgar ni dirigir el diálogo hacia una conclusión específica (Levett-Jones et al., 2010).

Al combinar la persuasión y la indagación, el facilitador del debriefing puede construir un ambiente de confianza y apertura donde los participantes se sientan cómodos compartiendo sus pensamientos y emociones. Esta aproximación facilita la identificación de puntos ciegos, sesgos cognitivos y áreas de mejora en el desempeño clínico, promoviendo un aprendizaje significativo y duradero (Cheng et al., 2014).

En resumen, la persuasión e indagación son herramientas fundamentales en el debriefing clínico, permitiendo la exploración profunda de los modelos mentales que guían las acciones de los participantes durante la simulación. Estas técnicas fomentan la reflexión, el autoconocimiento y el aprendizaje activo, contribuyendo a la mejora continua de la práctica clínica. Autores más recientes, como Mullan et al. (2022), también destacan la importancia de estas técnicas para maximizar el impacto educativo del debriefing y asegurar una mejora sostenible en el desempeño clínico.

3.20. Modelos del debriefing

Esta clasificación de modelos de debriefing en el ámbito de la simulación médica, que incluye el TALK Debrief, TeamSTEPPS, PEARLS y el videoanálisis con Codimg, es citada por Rudolph et al. en diferentes publicaciones.

En el ámbito de la simulación médica, se han desarrollado diversos modelos de debriefing clínico para maximizar el aprendizaje y la retroalimentación efectiva. Entre estos modelos destacan el TALK Debrief, TeamSTEPPS, PEARLS y el videoanálisis con Codimg.

El TALK Debrief surge como una herramienta valiosa para los debriefing rápidos, proporcionando una estructura para la discusión posterior a la intervención. Esta técnica facilita la reflexión sobre la práctica clínica, fomentando el análisis crítico de las acciones realizadas y facilitando identificar áreas de mejora (Rudolph et al., 2007).

Por otro lado, TeamSTEPPS se destaca por su enfoque en mejorar la colaboración y la comunicación dentro de los equipos médicos. Esta metodología no solo se centra en la atención al paciente, sino que también se aplica en los debriefing clínicos para identificar y abordar problemas relacionados con el trabajo en equipo (Jones et al., 2023).

Las herramientas PEARLS están diseñadas para optimizar el aprendizaje durante las sesiones de simulación médica. Estas herramientas se centran en la autoevaluación de los participantes, la orientación del instructor y la provisión de información relevante para el desarrollo profesional (García, 2022).

Finalmente, el videoanálisis con Codimg emerge como una técnica innovadora que permite el análisis objetivo de la práctica clínica mediante el uso de grabaciones en video. Esta herramienta proporciona una retroalimentación visual precisa y objetiva, lo que facilita la identificación de áreas de mejora y el desarrollo de habilidades clínicas (Rudolph et al., 2020).

3.21. Evaluación en Simulación Clínica Obstétrica y en Carreras de Salud

La evaluación en el ámbito de la educación médica, especialmente en simulación clínica obstétrica, es un proceso multifacético crucial para garantizar la adquisición de conocimientos y habilidades necesarios para la práctica clínica. Se ha reconocido ampliamente el valor formativo de la evaluación, que no solo busca calificar el desempeño de los estudiantes, sino también promover el aprendizaje activo a través de la retroalimentación efectiva (Pangaro, ten Cate, 2013; Schuwirth, L.W.T., van der Vleuten, C.P.M., 2020).

La simulación clínica en obstetricia ha emergido como una herramienta indispensable para proporcionar oportunidades seguras y estandarizadas de práctica clínica. Entre las metodologías más destacadas se encuentra el Objective Structured Clinical Examination (OSCE), que emplea pacientes simulados/estandarizados (PSE) en múltiples estaciones para evaluar habilidades clínicas, incluyendo la comunicación efectiva (Pangaro, ten Cate, 2013; Schuwirth, L.W.T., van der Vleuten, C.P.M., 2020).

Aunque la implementación de evaluaciones en escenarios clínicos simulados puede requerir una inversión significativa en términos de diseño y recursos, los beneficios son sustanciales. La estandarización de las evaluaciones permite una comparación equitativa del desempeño de los estudiantes, mientras que la capacidad para incorporar retroalimentación, incluso de forma automática mediante tecnología avanzada, mejora aún más la calidad del proceso de evaluación. A pesar de la resistencia inicial, la integración complementaria de la simulación clínica en los currículos de las carreras de la salud se ha vuelto fundamental para enriquecer la formación de los estudiantes (Pangaro, ten Cate, 2013; Schuwirth, L.W.T., van der Vleuten, C.P.M., 2020).

En la evaluación de simulación clínica obstétrica, se utilizan diversas herramientas y enfoques para evaluar una amplia gama de habilidades. La observación directa del desempeño de los estudiantes durante escenarios simulados permite una evaluación detallada de sus habilidades técnicas, toma de decisiones y trabajo en equipo (Dieckmann et al., 2017). Además, se emplean checklists y escalas de evaluación para medir el cumplimiento de pasos clínicos específicos y evaluar el desempeño general de los estudiantes en áreas como la comunicación y la seguridad del paciente (Dieckmann et al., 2017).

La simulación de alto rendimiento (HPS) es otra herramienta valiosa que incorpora tecnología avanzada y escenarios realistas para evaluar el desempeño de los estudiantes en situaciones clínicas complejas. Estas metodologías permiten evaluar no solo las habilidades técnicas, sino también aspectos críticos como la toma de decisiones clínicas, la comunicación efectiva y el liderazgo en el equipo de atención médica (Dieckmann et al., 2017).

En resumen, la evaluación en simulación clínica obstétrica y en el ámbito de las carreras de salud en general es un proceso fundamental que requiere una cuidadosa planificación y ejecución. Su integración adecuada en los programas educativos es esencial para

garantizar la calidad y la efectividad de la formación en salud, preparando a los estudiantes para enfrentar los desafíos del entorno clínico con confianza y competencia (Dieckmann et al., 2017; Pangaro, ten Cate, 2013; Schuwirth, L.W.T., van der Vleuten, C.P.M., 2020).

3.22. Transición hacia la Seguridad Tipo II en la Simulación Clínica: Perspectivas desde el Aprendizaje y la Prevención de Errores (Reason, 1990).

En la evolución continua de la simulación clínica en el ámbito de la salud, se ha observado una transición significativa en los enfoques educativos, desde el aprendizaje centrado en el error hasta la adopción de estrategias más preventivas y orientadas a la seguridad tipo II. Autores como James Reason, pionero en el estudio de la seguridad del paciente, han contribuido a fundamentar la importancia del aprendizaje desde el error en la práctica médica. En obras como "Human Error", Reason explora cómo los errores pueden ser oportunidades cruciales para mejorar los sistemas de atención médica y promover una cultura de seguridad (Reason, 1990).

Sin embargo, a medida que avanzamos en la comprensión de los desafíos inherentes a la seguridad del paciente, surge la necesidad de adoptar enfoques más proactivos y preventivos. Investigaciones como el estudio de Poikkeus et al. sobre "High Reliability and Safety in Healthcare" destacan la importancia de la simulación en la prevención de errores y la promoción de prácticas seguras en entornos clínicos (Poikkeus et al., 2018). Este cambio de paradigma se refleja en la obra de Schiff, Bates y Singh, quienes en "Reducing Diagnostic Errors through Effective Communication" abogan por una colaboración interprofesional y una comunicación efectiva como pilares fundamentales de la seguridad del paciente (Schiff, Bates, & Singh, 2014).

El concepto de seguridad tipo II, acuñado por autores como Carl J. Lombard en "Patient Safety in Health Care Management", enfatiza la importancia de diseñar sistemas de salud capaces de anticipar, prevenir y mitigar errores antes de que afecten a los pacientes (Lombard, 2017). En este sentido, la simulación clínica emerge como una herramienta poderosa para entrenar a los profesionales de la salud en la identificación temprana de situaciones de riesgo y la adopción de medidas preventivas.

En resumen, la simulación clínica en la actualidad no solo se centra en aprender de los errores, sino que también busca activamente prevenirlos mediante la promoción de una

cultura de seguridad y la adopción de prácticas proactivas. Esta evolución refleja un compromiso continuo con la mejora de la calidad y la seguridad del cuidado de los pacientes, respaldado por una amplia base de investigación y práctica en el campo de la salud. siempre que ellos puedan hacerlo por sí solos” (Leotsakos et al., 2014, p. 381).

En síntesis, la simulación clínica evoluciona hacia enfoques preventivos y orientados a la seguridad tipo II, que priorizan la prevención de errores sobre el aprendizaje desde el error. Autores como Reason y Lombard respaldan este cambio de paradigma, destacando la importancia de la simulación en la promoción de prácticas seguras y la anticipación de riesgos en entornos clínicos (Reason, 2000; Lombard, 2017).

3.23. Fundamentos para la integración curricular de actividades de simulación

Los beneficios de la simulación clínica se han incrementado en la literatura reportada, sumando validez a su uso en educación médica (Issenberg, 2005; McGaghie et al., 2010). La efectividad de la simulación, al igual que todas las modalidades educativas, depende de que “tan bien” sea utilizada, su integración en el currículum debe ser bien planeada, y su evolución debe tener un control adecuado (Motola, 2013).

A continuación, se mencionan las diferentes teorías del aprendizaje que sustentan la inserción curricular de la simulación en carreras de salud.

Teorías Conductistas (Skinner, 1974): Enfocadas en el condicionamiento operante y la importancia de la retroalimentación en el aprendizaje. Se destaca la necesidad de establecer objetivos claros, utilizar programas de formación estructurados y proporcionar retroalimentación efectiva durante la simulación.

Teorías del Aprendizaje Motor (Fitts y Posner, 1967): Proporciona un marco para entender cómo se desarrollan las habilidades motoras a través de tres etapas: cognitiva, de integración y autónoma. Se enfoca en la importancia de la práctica deliberada para alcanzar la maestría en habilidades motoras, como las necesarias en cirugía.

Teorías del Aprendizaje Cognitivo (Ericsson y Kintsch, 1995; Ericsson, 2008): Explora cómo la memoria de trabajo se ve afectada por la experiencia y cómo la práctica deliberada contribuye al desarrollo de la competencia. Destaca la importancia de la práctica reflexiva y repetida para mejorar el rendimiento.

Teorías Constructivistas (Vygotsky, 1978): Introduce el concepto de Zona de Desarrollo Próximo, donde el aprendizaje se facilita al ofrecer desafíos adecuados que

pueden ser alcanzados con el apoyo adecuado. Se resalta la importancia del trabajo colaborativo y el aprendizaje situado en contextos sociales para promover el desarrollo.

Teoría del Aprendizaje Experiencial (Kolb): Se centra en el ciclo de aprendizaje que involucra la experiencia concreta, la reflexión, la conceptualización abstracta y la experimentación activa. Destaca la importancia de la reflexión guiada y la abstracción de experiencias concretas para el aprendizaje significativo.

Teoría del Aprendizaje Social y Autoeficacia (Bandura): Destaca el papel de las experiencias sociales y la autoeficacia en el aprendizaje. Se enfoca en cómo la observación de modelos y la evaluación de las consecuencias de las acciones influyen en la autoconfianza y el logro de objetivos educativos.

Teoría de Carga Cognitiva (Sweller): Explora cómo la carga cognitiva afecta el procesamiento de la información y el aprendizaje. Se destaca la importancia de diseñar actividades educativas que desafíen a los participantes sin sobrecargar su memoria de trabajo, utilizando estrategias de instrucción adaptadas a la complejidad de la tarea y el nivel de competencia del estudiante.

La visión general y la enunciación breve de estas teorías del aprendizaje permiten visualizar la importancia de las instancias prácticas mediante la simulación para el aprendizaje de las profesiones de la salud.

Capítulo 4. Metodología

Sampieri (2018), en su obra “Metodología de la Investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta”, sostiene que todo trabajo de investigación se sustenta en dos enfoques principales: el enfoque cuantitativo y el enfoque cualitativo, los cuales de manera conjunta forman un tercer enfoque: el mixto.

Este enfoque ofrece una serie de bondades o posibilidades para ser utilizado. Logra una perspectiva más amplia y profunda del fenómeno y la percepción de este resulta más integral, completa y holística. Además, si son empleados dos métodos con fortalezas y debilidades propias (el cuantitativo y cualitativo) y llegan a los mismos resultados se incrementa la confianza de cada uno de estos métodos.

En este sentido, la investigación se sustenta en las fortalezas de cada método y no en sus posibles debilidades. Se pueden evaluar más extensamente las dificultades y problemas y al indagar se logra obtener mayor variedad de perspectivas del problema: frecuencia, amplitud y magnitud (cuantitativa), como así también profundidad y complejidad (cualitativa); generalización (cuantitativa) y comprensión (cualitativa), es así que el autor la denomina riqueza interpretativa (Sampieri, 2018).

La inclusión de dos o más aproximaciones cualitativas como por ejemplo la observación y la entrevista abierta para evaluar el mismo fenómeno, también se considera triangulación dentro de métodos (Valencia, 2000).

4.1. Diseño del estudio

4.2. Marco

El presente estudio de tipo observacional se enmarca en un diseño descriptivo y transversal. El enfoque planteado es mixto y se desarrolla en dos fases distintas:

Primera Fase: Cuantitativa

La primera fase, de naturaleza cuantitativa, se centró en describir la percepción de docentes y estudiantes mediante un estudio observacional y de corte transversal a través de la aplicación de una encuesta que fue diseñada ad hoc y validada previamente. Este se llevó a cabo en el Centro de Simulación y Entrenamiento Interprofesional en Salud de la Facultad de Ciencias Médicas y en el Centro Universitario Rafaela Sunchales, ambos pertenecientes a la Universidad Nacional del Litoral. Los resultados fueron analizados y

se presentaron en frecuencias absolutas y porcentajes, utilizando tablas y gráficos para ofrecer una visualización clara y concisa de las variables. Se organizó una base de datos y se procedió a su posterior análisis estadístico.

Segunda Fase: Cualitativa

La segunda fase, de carácter cualitativo e interpretativo, implicó un análisis de contenido de las respuestas a las preguntas abiertas de las encuestas mencionadas en la fase citada anteriormente. Esta etapa comprendió la codificación y categorización de la información obtenida mediante las preguntas abiertas para identificar temas emergentes y patrones en las respuestas de los participantes, permitiendo una comprensión más profunda de las percepciones y experiencias relacionadas con la simulación clínica. Las preguntas abiertas se diseñaron específicamente para obtener información detallada y reflexiva de los encuestados.

Análisis de Datos

Para el análisis de los datos estadísticos, se utilizó el software SPSS v28.0 disponible en la unidad de bioestadística de la Facultad de Ciencias Médicas. Se emplearon diversas técnicas, como escalas de evaluación (específicamente la Escala de Likert) y análisis de frecuencias, para los datos cuantitativos.

Recolección de Datos

Los participantes fueron reclutados en octubre de 2020, y la recolección de datos continuó hasta diciembre de 2022.

Este enfoque mixto permitió una evaluación integral de las percepciones de docentes y estudiantes, proporcionando una visión tanto cuantitativa como cualitativa de la implementación y efectividad de la simulación clínica en la formación de licenciados en obstetricia

4.3. Población en estudio

En este estudio participaron inicialmente 310 alumnos inscritos, de los cuales diversos factores impidieron la participación de 144, resultando en una muestra final de 166 alumnos. Además, se consideraron 20 docentes, de los cuales 18 participaron efectivamente. La selección de la muestra se realizó de manera incidental garantizando la representatividad de los participantes.

Este estudio con enfoque mixto y descriptivo fue dividido en dos fases diferenciadas: una fase cuantitativa y una fase cualitativa.

Primera Fase: Enfoque Cuantitativo

Recolección de Datos Cuantitativos:

En esta etapa se utilizaron encuestas y observaciones. En el primer caso cabe mencionar que las encuestas incluyeron preguntas cerradas para indagar las percepciones de todo el grupo de estudiantes mencionado. Se empleó la escala de Likert para medir las percepciones de los participantes permitiéndoles expresar su grado de acuerdo o desacuerdo con afirmaciones específicas (Johnson y Christensen, 2014).

Observaciones: Se diseñó una grilla de evaluación específica para analizar el desempeño de los docentes durante las simulaciones siguiendo modelos propuestos por Rudolph et al. (2006). Esta herramienta fue validada por expertos en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNL. Para asegurar su efectividad y precisión, se aplicó inicialmente a un grupo piloto de 5 estudiantes y 5 docentes, lo que permitió identificar posibles ajustes y realizar las modificaciones necesarias antes de su implementación general.

Análisis de Datos Cuantitativos:

El análisis de los datos estadísticos se realizó utilizando el software SPSS v28.0. Se emplearon técnicas como el análisis de frecuencias y escalas de evaluación para examinar los datos cuantitativos. Los datos fueron presentados en porcentajes y visualizados mediante tablas y gráficos para una representación clara y concisa de las variables.

Segunda Fase: Enfoque Cualitativo

Las encuestas incluyeron preguntas abiertas para obtener información detallada y reflexiva de los participantes. Se realizó un análisis de contenido de las respuestas abiertas en las encuestas, codificando y categorizando los datos para identificar temas emergentes y patrones en las percepciones y experiencias de los docentes y estudiantes que participaron. Este enfoque estructurado y detallado asegura que el estudio no solo cumple con los estándares metodológicos, sino que también proporciona un análisis exhaustivo y preciso de cómo la simulación clínica influye en el desarrollo de competencias en los estudiantes de la Licenciatura en Obstetricia.

4.4 Resguardos Éticos

Para asegurar el cumplimiento de los principios éticos, se elaboró un formulario de Consentimiento Informado detallando la naturaleza y los objetivos del estudio, aprobado por las autoridades de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas. La investigación se enmarca en el proyecto CAI+D "Misión social de las facultades de medicina", que ya contaba con aprobación ética. Se explicó a los participantes las características del estudio, asegurando su participación voluntaria y la confidencialidad de sus datos.

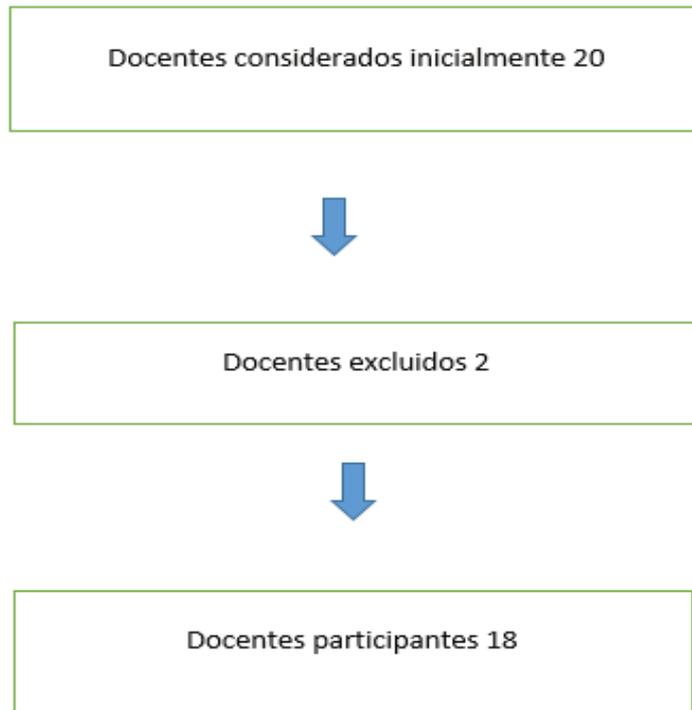


Figura 4 Diagrama de flujo de docentes.

Fuente. Elaboración propia

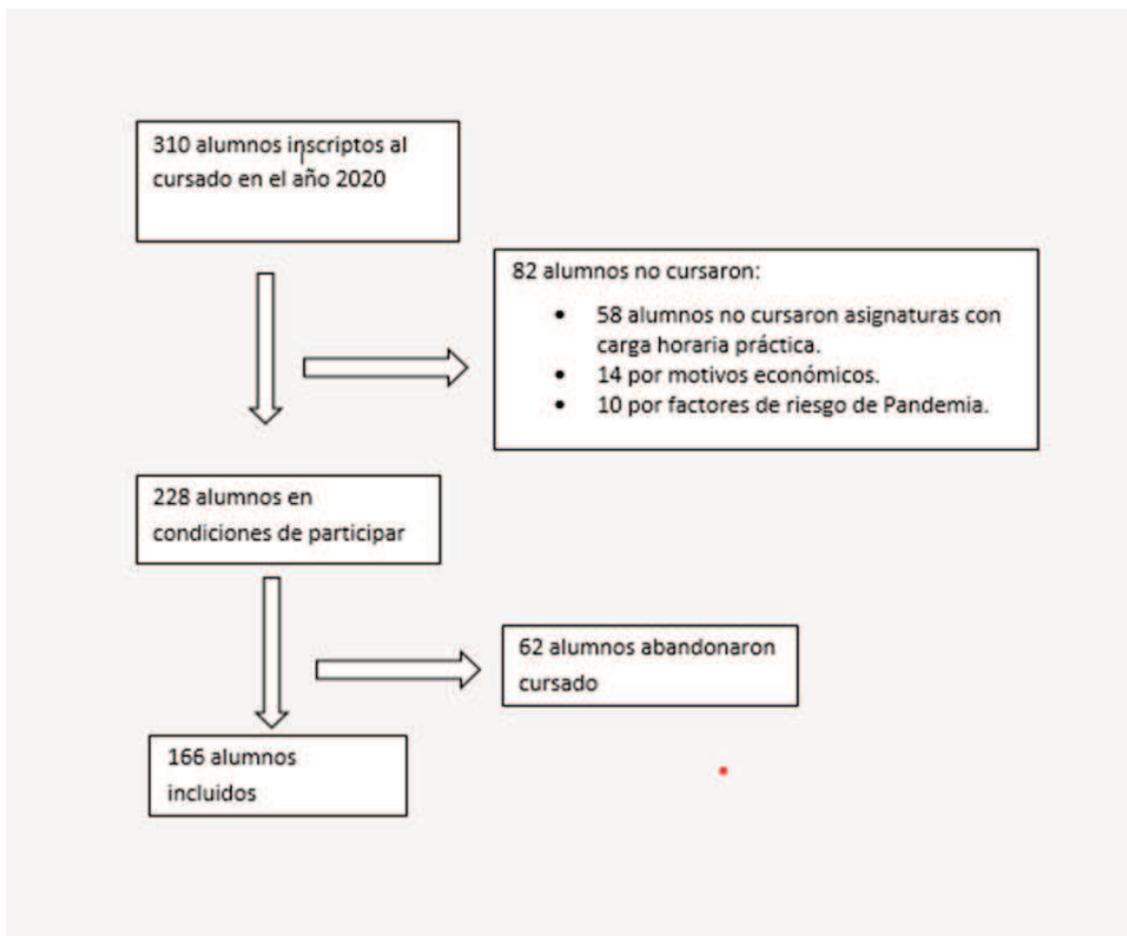


Figura 5 Diagrama de flujo de estudiantes

Fuente Elaboración propia.

4.5. Hipótesis

Este trabajo de investigación propone la siguiente hipótesis como eje conductor:

La inclusión de actividades de simulación en los programas de estudio de la licenciatura en Obstetricia de la FCM-UNL facilita la mejora de la articulación entre la teoría y la práctica, promoviendo así la adquisición de competencias profesionales por parte de los estudiantes.

Obstetricia facilita la mejora de la articulación entre la teoría y la práctica, promoviendo así la adquisición de competencias profesionales por parte de los estudiantes.

4.5.1. Hipótesis Nula

La utilización de actividades de simulación en los programas de estudio de la Licenciatura en Obstetricia de la FCM-UNL no promueve la mejora significativa en la articulación

entre la teoría y la práctica, ni en la adquisición de competencias profesionales por parte de los estudiantes.

4.6. Actividades procedimentales

Para llevar a cabo estos procedimientos, se consideró crucial abordar previamente al estudio la necesidad de capacitación del personal docente y facilitadores en el marco del Programa de Formación Docente de la FCM-UNL. Por ello, se llevó a cabo una exhaustiva capacitación en simulación clínica y docencia universitaria en colaboración estrecha con el equipo de gestión académica y el equipo de Simulación Clínica de la Facultad de Ciencias Médicas.

Esta capacitación se diseñó con el objetivo de proporcionar al personal docente y a los facilitadores las habilidades y conocimientos necesarios para llevar a cabo eficazmente las actividades de simulación clínica. Se abordaron aspectos esenciales de la simulación, como el manejo de los equipos técnicos, la creación de escenarios realistas y la facilitación del aprendizaje activo.

Además, se incluyeron aspectos relacionados con la docencia universitaria, como estrategias pedagógicas efectivas, evaluación del aprendizaje y fomento del trabajo en equipo. Se buscó garantizar que el personal estuviera debidamente preparado para proporcionar una experiencia de aprendizaje en simulación clínica de alta calidad.

Esta capacitación se llevó a cabo de manera integral y participativa, permitiendo al personal docente y a los facilitadores adquirir no solo conocimientos teóricos, sino también habilidades prácticas. Se promovió el intercambio de experiencias y la reflexión sobre las mejores prácticas en simulación clínica y docencia universitaria.

En resumen, la capacitación del personal docente y facilitadores se abordó de manera colaborativa y exhaustiva, asegurando que estuvieran debidamente preparados para desempeñar su rol en las actividades de simulación clínica. Esto contribuyó significativamente a la calidad y efectividad de la enseñanza basada en simulación en el contexto universitario.

4.6.1. Desarrollo de Actividades Procedimentales

Las actividades procedimentales se organizaron en tres fases:

- Fase de Introducción y Práctica Inicial: Se impartió una presentación teórica seguida de talleres prácticos con simuladores de baja fidelidad, abordando habilidades básicas como colocación de vías y realización de maniobras de Leopold para lo cual se elaboró un video como material de cátedra.
- Fase de Práctica Avanzada: Durante dos semanas, los estudiantes practicaron y perfeccionaron las técnicas adquiridas utilizando simuladores, las mismas se realizaban antes del inicio del encuentro planificado con los docentes.
- Fase de Evaluación: Se evaluó la práctica mediante listas de chequeo y evaluaciones entre pares bajo supervisión del docente y becarios de formación extracurricular en docencia.

Las actividades procedimentales se detallan en la tabla Nro. 3.

Tabla 3 Actividades procedimentales ¹

Primer año	Anamnesis Toma correcta de TA
Segundo año	Situación, presentación fetal Maniobras de Leopold Correcta toma de Tensión Arterial y control de signos vitales Anamnesis Medición de altura uterina Mecanismo de parto en presentación cefálica
Tercer año	Taller de habilidades y destrezas de: Toma de muestra de PAP Examen de mamas Distocia de hombros Hemorragia posparto Emergencia hipertensiva
Cuarto año	Taller manejo de vía aérea y fluidos RCP neonatal y adulto. Simulaciones de alta fidelidad: Parto eutócico en presentación cefálica Recuperación fetal intraútero

¹ Las actividades procedimentales en simulación de obstetricia se refieren a prácticas clínicas específicas como el manejo de partos, la atención de emergencias obstétricas y la reanimación neonatal. Estas simulaciones permiten a los estudiantes desarrollar y perfeccionar sus habilidades en un entorno seguro y controlado, sin riesgo para los pacientes

Quinto año	Talleres de habilidades y destrezas previos al desarrollo de las simulaciones clínicas de alta fidelidad: Distocia de hombros Emergencia hipertensiva Simulación interprofesional de hemorragia pos parto Taller de malas noticias
------------	--

Fuente. Elaboración propia

Para cada uno de estos talleres, los docentes emplean un enfoque estructurado para diseñar y ejecutar escenarios de simulación clínica. Primero, desarrollan objetivos de aprendizaje claros y específicos, adaptados al nivel de los estudiantes. Luego, se diseñaron casos clínicos relevantes y realistas, siguiendo pautas metodológicas establecidas. La preparación del entorno de simulación fue fundamental para crear una experiencia inmersiva, y la programación del escenario implicó establecer situaciones iniciales y ajustar variables según fuera necesario. Durante las fases de prebriefing, briefing y postbriefing, los docentes guían a los estudiantes en la reflexión, retroalimentación y planificación para mejorar el aprendizaje y la práctica clínica.

Se formó un comité de expertos compuesto por instructores y técnicos especializados en simulación clínica dentro de nuestra institución. Cada miembro del comité cuenta con al menos cinco años de experiencia en enseñanza basada en simulación, investigación educativa o práctica clínica en disciplinas como enfermería, medicina y obstetricia.

Este comité, actualmente liderado por el médico David Bieckler y anteriormente presidido por el médico Horacio Locatelli, cuenta con una destacada trayectoria y experiencia en simulación clínica. Además, recibe contribuciones del técnico Casafú Hugo, quien posee una vasta experiencia en el campo y es el responsable de implementar los escenarios previamente revisados por el equipo de asesoría pedagógica. Este proceso asegura la coherencia de los escenarios con el perfil del graduado y las competencias requeridas para cada área de práctica. Es importante destacar que el investigador principal de esta tesis también está capacitado en simulación clínica, habiendo obtenido formación en FCM UNL y completado programas de posgrado en instructorado de simulación clínica en la Universidad Nacional del Noroeste de Corrientes. Además, ha participado en capacitaciones ofrecidas por INSPIRE FEMEBA y otras instituciones reconocidas en el ámbito de la simulación clínica. Esta formación inicial del investigador, así como la de los docentes que participaron en este estudio, enriqueció el proceso de diseño y desarrollo de los instrumentos de evaluación.

4.7. Variables de interés para los docentes que realizan simulación clínica

4.7.1. Características generales de los docentes

A. Edad: se categorizó en los siguientes rangos (25-30/ 31-35/ 36-40/ 41-45/-46-50/ 51-55/ 56-60/ más de 60)

B. Año de la carrera donde realiza simulación: (1ero a 5to)

4.7.2. Capacitación del docente en simulación

C. Conocimientos para el desarrollo de la simulación: se realizó una pregunta con las siguientes opciones de respuesta. Muy importante/ Importante/ Sin importancia.

D. Capacitación en simulación: se realizó una pregunta abierta.

E. Interés en capacitarse en temas relacionados a simulación clínica: se realizó una pregunta cerrada con las siguientes opciones de respuesta: emergencias obstétricas, estrategias de formación docente en simulación, instructor en simulación clínica, simulación interprofesional, otros.

F. Nivel de tecnología utilizado en simulación: se realizó una pregunta cerrada con las siguientes opciones Alta/ Baja/ Intermedia.

4.7.3. Diseño del escenario docente

G. Integración de contenidos teóricos previos para el diseño del caso clínico: se realizó una pregunta cerrada con las siguientes opciones Si/ No/ Tal vez.

H. Consideración del aspecto más importante a la hora de diseñar un caso clínico para simulación: se realizó una pregunta cerrada con las siguientes opciones de respuesta Capacitación docente/ Grupos de trabajo más reducidos/ mayor equipamiento.

I. Descripción previa de la actividad: Se realizó una pregunta dicotómica con dos opciones de respuesta sí no seguida de una pregunta abierta objetivos.

J. Criterio de selección de la situación a simular: ¿cuál es el factor más determinante al elegir el tipo de simulación, considerando los objetivos de la asignatura y la necesidad de garantizar una formación equitativa y competente para todos los estudiantes? Seleccione una opción: Frecuencia de la práctica profesional / Acuerdo de la asignatura / Competencias profesionales / Ciclo que cursa.

K. Debriefing: Se realizó una pregunta de opción múltiple para identificar las preguntas que los docentes utilizan habitualmente durante la reflexión guiada en el debriefing. Las opciones de respuesta incluyeron diversas preguntas utilizadas para fomentar la reflexión

y el aprendizaje de los estudiantes después de las simulaciones. ¿Cómo te sentiste durante la experiencia de simulación? ¿Tenías los conocimientos y habilidades necesarios para alcanzar los objetivos? ¿Qué objetivos pudiste alcanzar? ¿Estás satisfecho/a con tu habilidad para trabajar durante la simulación? Si pudieras realizar la simulación nuevamente ¿modificarías tu accionar?

L. Realismo del escenario: se realizó una pregunta cerrada con las siguientes opciones de respuesta Sumamente realista/ Muy realista/ Suficientemente realista/ Regular/ Mala/ No responde.

M. Instrumento para evaluar habilidades y destrezas: es una pregunta dicotómica para determinar si el encuestado cuenta con un instrumento de evaluación de habilidades y destrezas, seguida de opciones abiertas para especificar el tipo de instrumento utilizado en caso afirmativo.

4.7.4. Evaluación del desarrollo e implementación del escenario

Ñ. Necesidad de repetir el desarrollo del escenario. Esta pregunta es dicotómica, ya que el encuestado debe seleccionar entre dos opciones: "Sí" o "No". Además, incluye una sección abierta para que el encuestado describa el objetivo del desarrollo adicional del escenario en caso de responder afirmativamente.

4.7.5. Consideraciones Finales de los docentes

O. Satisfacción del docente con la experiencia: se realizó una pregunta cerrada con las siguientes opciones de respuesta Muy satisfactoria/ Satisfactoria/ Suficientemente satisfactoria/ Insatisfactoria

P. Utilidad de la simulación en la articulación de teoría y práctica: se realizó una pregunta cerrada con las siguientes opciones de respuesta Tal Vez/ No/ Si

Q. Participación en simulaciones interprofesionales: es una pregunta dicotómica ya que el encuestado debe seleccionar entre dos opciones: "Sí" o "No"

R. Importancia de la simulación para la educación interprofesional: es una pregunta dicotómica ya que el encuestado debe seleccionar entre dos opciones: "Sí" o "No"

S. Consideraciones finales para el desarrollo e implementación de la simulación: se realizó una pregunta de respuesta abierta para que puedan expresar sus opiniones, sugerencias, preocupaciones o cualquier otro comentario relevante relacionado con el desarrollo e implementación de la simulación.

4.8. Características básicas de los estudiantes que participaron de las simulaciones

4.8.1. Datos demográficos y personales:

- A. Género se categorizó de la siguiente manera (Hombre / Mujer / Prefiero no contestar).
- B. Edad se categorizó en los siguientes rangos (18/ 18-25/ 25-35/ 35 o más).
- C. Año de cursado (1° a 5° año de la carrera).

4.8.2. Experiencia y percepciones durante la simulación:

- D. Grado de satisfacción de la experiencia en simulación: se realizó una pregunta cerrada con las siguientes opciones de respuesta No responde / Insatisfactoria / Regular / Satisfactoria / Muy satisfactoria.
- E. Percepción de la realidad del escenario: se realizó una pregunta cerrada con las siguientes opciones de respuesta No responde / Nada realista / Poco realista / Realista / Muy realista.
- F. Valoración de la simulación como estrategia didáctica: se realizó una pregunta cerrada con las siguientes opciones de respuesta Nada valor / Poco valor / Mucho valor.
- G. Adaptación a los casos simulados a los contenidos teóricos: se realizó una pregunta cerrada con las siguientes opciones de respuesta Sí / No / Tal vez.
- H. Contenidos que se pudieron resignificar en la situación de simulación: se realizó una pregunta de respuesta abierta.
- I. Integración teoría y práctica: se realizó una pregunta de respuesta abierta.
- J. Motivación para el aprendizaje: es una pregunta dicotómica ya que el encuestado debe seleccionar entre dos opciones: "Sí" o "No" seguida de una respuesta abierta.

4.8.3. Utilidad y percepciones adicionales

- L. Utilidad de ver video de las propias actuaciones en simulación: se realizó una pregunta cerrada con las siguientes opciones de respuesta Sí / No / No lo sé.
- M. Percepción de la duración de la situación simulada: se realizó una pregunta cerrada con las siguientes opciones de respuesta Sí / No / Tal vez.
- N. Percepción de la comunicación entre miembros del equipo: se realizó una pregunta de respuesta abierta.

4.8.4. Valoración general y retroalimentación

Ñ. Valoración de la experiencia con simulación clínica: se realizó una pregunta cerrada con las siguientes opciones de respuesta No responde / Insatisfactoria / Poco satisfactoria / Satisfactoria / Muy satisfactoria.

O. Información recibida del escenario: se realizó una pregunta cerrada con las siguientes opciones de respuesta Insuficiente / Poco suficiente / Suficiente.

P. Nivel de confianza para expresar pensamientos y emociones durante la simulación clínica: se realizó una pregunta cerrada con las siguientes opciones de respuesta Nada confiado / Poco confiado / Muy confiado.

Q. Incomodidad emocional durante la simulación clínica: se realizó una pregunta cerrada con las siguientes opciones de respuesta Sí / No / Tal vez.

R. Opiniones finales y preguntas adicionales sobre la experiencia de simulación clínica: se realizó una pregunta de respuesta abierta para que los participantes puedan proporcionar una visión más completa de la experiencia de simulación clínica y ayudar a identificar áreas de mejora para futuras implementaciones.

4.9. Evaluación del desempeño docente en Simulación Clínica

Todas las variables mencionadas a continuación fueron evaluadas utilizando una escala Likert con una puntuación de 1 a 5. En esta escala, 1 corresponde a "deficiente", 2 a "regular", 3 a "bueno", 4 a "muy bueno", y 5 a "excelente".

1. Planificación de los contenidos y actividades
2. Idoneidad de marco teórico y bibliografía
3. Claridad en la explicación de objetivos del aprendizaje
4. Claridad en la explicación del prebriefing
5. Capacidad de generar confianza
6. Descripción adecuada de las características del simulador
7. Información del contrato de ficción
8. Instrucciones precisas de la implementación del escenario
9. Claridad en la asignación de los roles
10. Implementación del escenario
11. Retroalimentación utilizada al finalizar la simulación

4.9.1. Resguardos éticos

Con el objetivo de garantizar el cumplimiento de los principios éticos durante el desarrollo de la investigación, se elaboró un formulario de Consentimiento Informado (ver anexo) detallando la naturaleza y los objetivos del estudio. Este documento se sometió a revisión y aprobación por parte de las autoridades de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas, asegurando así que los participantes fueran debidamente informados sobre sus derechos y la confidencialidad de sus datos. Por su parte, la investigación se enmarca dentro del proyecto CAI+D "Misión social de las facultades de medicina: estudio interdisciplinario del proceso de formación de los profesionales de la salud", el cual ya contaba con la aprobación del comité de ética correspondiente. Por lo tanto, no fue necesario obtener un nuevo aval ético específico para este trabajo, dado que se enmarca dentro del mencionado proyecto. Durante el desarrollo del trabajo de campo, se explicaron las características del estudio a los participantes, asegurando que su participación fuera totalmente voluntaria y se solicitó el consentimiento de los participantes.

Capítulo 5. Resultados

Docentes primer eje de análisis

5.1. Características de los docentes que participan en simulación

En cuanto a la distribución por edad de los docentes y el año universitario donde realizan simulaciones, se observa lo siguiente:

Tabla 4 Distribución de docentes y frecuencia por edad y año universitario de realización de simulaciones

	N	%
Edad del docente		
25-30	6	33,3
31-35	2	11,1
36-40	4	22,2
41-45	2	11,1
46-50	3	16,7
51-55	1	5,6
Año universitario donde realiza simulación		
Segundo	1	5,6
Tercero	6	33,6
Cuarto	7	38,9
Quinto	4	22,2

Edad del docente: La mayoría de los docentes tienen entre 25 y 40 años, siendo el grupo más numeroso el de 36-40 años (22.2%). La menor proporción de docentes se encuentra en el grupo de 51 a 55 años (5.6%).

En relación al año universitario donde realiza simulación: se observa que la mayoría de las simulaciones se realizan en tercer año (33.6%) y cuarto (38.9%) de la carrera, y un porcentaje menor de simulaciones se lleva a cabo en el segundo (5.6%) y quinto (22.2%) año.

5.2. Capacitación de los docentes

En relación a las variables para evaluar la capacitación de los docentes se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 5 Distribución de frecuencia de la importancia del conocimiento, temas de interés en capacitación y nivel tecnológico utilizado en simulación.

	N	%
Importancia del Conocimientos para diseño y desarrollo de la simulación		
Importante	2	11,1
Muy Importante	16	88,9
Sin importancia		
Temas de interés en capacitación		
Emergencia obstétrica	5	27,8
Estrategias de formación docente en simulación.	5	27,8
Instructorado en simulación clínica	3	16,7
Otros	3	16,7
Simulación interprofesional	2	11,1
Nivel tecnológico utilizado en simulación		
Alta	2	11,1
Baja	8	44,4
Intermedia	8	44,4

Se observa una alta valoración del conocimiento práctico para el diseño y desarrollo de la simulación clínica, siendo considerado "Muy Importante" por la mayoría de los docentes encuestados. Respecto a los temas de interés en capacitación, se destacan la emergencia obstétrica y las estrategias de formación docente en simulación. En cuanto al nivel de tecnología utilizado en simulación, se aprecia una distribución entre tecnología de nivel intermedio y baja gama. Estos resultados sugieren una fuerte valoración del conocimiento práctico en el diseño y desarrollo de la simulación clínica por parte de los docentes encuestados. Asimismo, evidencian un interés diverso en capacitarse en diferentes aspectos de la simulación clínica y una variabilidad en el uso de tecnología en las prácticas de simulación.

5.3. Diseño del escenario del docente

En relación a las variables integración de contenidos teóricos previos para el diseño del caso se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 6 Inclusión de contenidos teóricos previos en el diseño de casos clínicos para simulación

	N	%
Integración de contenidos teóricos previos para el diseño del caso clínico		
SI	16	88,9%
NO	1	5,6%
Tal Vez	1	5,6%

Los resultados muestran que la gran mayoría de los docentes reconocen la importancia de integrar los contenidos teóricos previos en el diseño del caso clínico para las simulaciones.

5.4. Consideraciones al momento de desarrollar el caso clínico

Cuando se analizaron las apreciaciones finales se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 7 Consideraciones de los docentes al desarrollar casos clínicos para simulación

Consideraciones al momento de desarrollar el caso clínico	N	%
Capacitación docente	11	61,1
Grupos de trabajo más reducidos	6	33,3
Mayor equipamiento	1	5,6

Los resultados indican que la mayoría de los docentes (61.1%) considera la capacitación docente como un aspecto crucial al desarrollar casos clínicos para simulación. Además, un porcentaje significativo (33.3%) destaca la importancia de trabajar con grupos reducidos de estudiantes, lo que sugiere una preferencia por la docencia más personalizada. Por último, un pequeño porcentaje (5.6%) menciona la necesidad de contar con un mayor equipamiento. En síntesis, estos hallazgos subrayan la relevancia de la capacitación docente y la atención individualizada como aspectos prioritarios en el diseño de casos clínicos para la simulación.

5.5. Descripción de la Actividad docente

En la siguiente tabla se detalla la participación en la descripción previa de la actividad docente:

Tabla 8 Consideraciones de los docentes al desarrollar casos clínicos para simulación

Descripción previa de la actividad:	N	%
SI	16	88,9
NO	2	11,1

Los datos revelan que la mayoría de los docentes (88.9%) indicaron que se realiza una descripción previa detallada de la actividad de simulación clínica antes de su desarrollo. Esto incluye la presentación de los objetivos y alcances de la actividad, así como la identificación de los recursos a evaluar previo a la simulación.

En cuanto al diseño del caso clínico, se destaca que la mayoría de los docentes mencionó que se basó en la práctica diaria profesional, utilizando situaciones realistas y relevantes para la obstetricia. Los objetivos del caso se establecieron en función de las habilidades que se pretendían desarrollar durante la simulación, como la comunicación, la toma de decisiones clínicas y el manejo de situaciones obstétricas específicas.

5.6. Criterio de selección de la situación a simular por los docentes

En la siguiente tabla se presenta el criterio de selección de la situación a simular por parte de los docentes:

Tabla 9 Criterio de selección de situaciones a simular por los docentes

Criterio de selección de la situación a simular	N	%
Acuerdo de la asignatura	4	22,2
Ciclo que cursa	3	16,7
Competencias profesionales	5	27,8
Frecuencia de la práctica profesional	6	33,3

Los criterios de selección de la situación a simular revelan una cuidadosa planificación por parte de los docentes para garantizar la relevancia y eficacia de la actividad de simulación clínica. Al considerar aspectos como el acuerdo del equipo de la asignatura, el ciclo universitario, las competencias profesionales y la frecuencia de la práctica profesional, los docentes aseguran que las situaciones clínicas abordadas sean pertinentes y estén alineadas con los objetivos de aprendizaje de los estudiantes.

5.7. Debriefing

Análisis de Datos y Reflexiones de las preguntas utilizadas por el docente.

Tabla 10 Aspectos más importantes que aborda el docente durante el debriefing

Debriefing	N	%
Sentimientos durante la experiencia de simulación	9	50,0
Nivel de preparación en conocimientos y habilidades	3	16,7
Logro de objetivos establecidos	4	22,2
Conocimientos necesarios para alcanzar las habilidades y objetivos	2	11,1

Como resultado de las percepciones de los docentes en relación a las preguntas seleccionadas para el debriefing, se destaca que, según los datos proporcionados por ellos en respuesta a las preguntas planteadas, el 50% de los docentes considera importante preguntar sobre los sentimientos de los estudiantes durante la experiencia de simulación. Esta preferencia refleja una apertura emocional y una reflexión profunda sobre el impacto personal de la actividad. Sin embargo, solo el 22,2 % de los docentes tuvo en cuenta el logro de los objetivos como una pregunta guía durante el debriefing. Se identifica una menor atención hacia la preparación en conocimientos y habilidades, así como hacia la relación entre los conocimientos adquiridos y la consecución de los objetivos. Estos hallazgos subrayan la importancia del debriefing como una herramienta fundamental para el aprendizaje reflexivo en la simulación clínica, al permitir a los estudiantes expresar sus emociones y reflexionar sobre su desempeño de manera significativa. Sin dudas se requiere mayor precisión en las preguntas guías de los docentes para poder lograr la articulación entre teoría y práctica y el logro de competencias de los estudiantes de la Lic. en Obstetricia de UNL FCM.

5.8. Realismo del escenario

Percepción del docente acerca del realismo del escenario en la simulación clínica: análisis de datos

Tabla 11 Percepción docente sobre el realismo del escenario en la simulación clínica

Realismo del escenario	N	%
Regular	3	16,7
Suficientemente realista	9	50,0
Muy realista	4	22,2

Sumamente realista	2	11,1
--------------------	---	------

El análisis de los resultados de la encuesta sobre la percepción del realismo del escenario en la simulación clínica revela una visión mayormente positiva por parte de los docentes. La mayoría de ellos considera que los escenarios son suficientemente realistas, muy realistas o sumamente realistas. Esta apreciación favorable sugiere que los escenarios diseñados logran capturar adecuadamente la complejidad y las situaciones clínicas relevantes, lo cual es esencial para el aprendizaje efectivo de los estudiantes.

Al relacionar estos hallazgos con las clasificaciones de fidelidad en la simulación clínica, podemos inferir que los escenarios utilizados probablemente se sitúan dentro de la categoría de alta fidelidad, especialmente en términos de fidelidad física y contextual. Esto implica que los escenarios replican con precisión la anatomía, fisiología y contexto clínico, lo que contribuye a una experiencia inmersiva y auténtica para los estudiantes.

En síntesis, los resultados de la encuesta proporcionan información valiosa para identificar áreas de mejora en la simulación clínica. Al relacionar estos hallazgos con las clasificaciones de fidelidad, podemos tomar decisiones informadas para optimizar la experiencia educativa de los estudiantes, centrándonos en la capacitación del personal docente y la mejora de la fidelidad contextual de los escenarios de simulación.

5.9. Instrumento del docente para evaluar habilidades y destrezas

Evaluación de Habilidades y Destrezas: Análisis del Instrumento Utilizado

Tabla 12 Instrumento del docente para evaluar habilidades y destrezas durante la simulación clínica.

Instrumento para evaluar habilidades y destrezas	N	%
SI *	11	61,1
NO	7	38,9

Los datos obtenidos muestran que el 61.1% de los docentes utiliza herramientas estructuradas y validadas por expertos en simulación clínica de FCM UNL para evaluar habilidades y destrezas durante las simulaciones. Esta preferencia indica el reconocimiento de la importancia de contar con instrumentos específicos y validados para asegurar una evaluación precisa y objetiva del desempeño de los estudiantes en entornos simulados.

Por otro lado, el 38.9% de los docentes no utiliza herramientas específicas para evaluar habilidades y destrezas durante la simulación clínica. Esta cifra sugiere la necesidad de considerar la implementación de instrumentos validados para mejorar la calidad y consistencia de la evaluación. Es importante destacar que estas herramientas han sido validadas por el equipo de asesoría pedagógica y expertos en simulación clínica de FCM UNL, lo que garantiza su adaptación y pertinencia al contexto específico de la facultad.

La preferencia por herramientas validadas internamente resalta la importancia de adaptar los recursos de evaluación a las necesidades y características particulares de la institución. Este enfoque no solo promueve la efectividad de la evaluación de habilidades y destrezas durante la simulación clínica, sino que también contribuye al desarrollo integral de los estudiantes y al mantenimiento de altos estándares de calidad en la educación en salud, específicamente en obstetricia.

5.10. Evaluación del desempeño e implementación del escenario

El análisis de la evaluación del desarrollo e implementación del escenario revela una serie de aspectos importantes señalados por los docentes. De acuerdo con las respuestas proporcionadas, el 83.3% de los docentes indicó que fue necesario desarrollar el escenario más de una vez. Las razones señaladas por los docentes para este desarrollo adicional abarcaron corregir y prevenir errores, mejorar competencias, lograr objetivos planteados, mejorar habilidades, observar una evolución en el desarrollo de habilidades y destrezas del estudiante, aumentar la confianza del estudiante en sí mismo, adquirir la destreza necesaria en los alumnos, asegurar un escenario seguro, encontrar puntos de mejora, garantizar un proceso de aprendizaje amigable, aumentar la capacitación y profesionalismo, y aclarar dudas o confusiones iniciales durante el briefing.

Estos hallazgos son significativos ya que muestran una preocupación por el perfeccionamiento continuo de los escenarios, lo que refleja el compromiso de los docentes con el aprendizaje de los estudiantes. Es importante destacar que este esfuerzo adicional se lleva a cabo en un contexto epidemiológico desafiante, donde las restricciones han limitado la realización de más instancias de talleres de habilidades previas a la simulación clínica.

Profundizar en el logro de competencias es esencial para asegurar que los estudiantes alcancen el perfil profesional deseado, especialmente en un campo tan crítico como la obstetricia. A pesar de las limitaciones impuestas por el contexto, los docentes muestran una dedicación para encontrar soluciones y garantizar un proceso de aprendizaje efectivo y seguro para los estudiantes. Estos datos subrayan la importancia de adaptarse a las circunstancias cambiantes y continuar buscando oportunidades para mejorar la educación y el desarrollo de habilidades en el campo de la obstetricia.

5.11. Consideraciones finales de los docentes

Satisfacción del docente con la experiencia de simulación

Tabla 13 Percepción de los docentes sobre la utilidad de la simulación clínica en la integración de teoría y práctica

	N	%
Satisfacción del docente con la experiencia de simulación		
Insatisfactoria	1	5,30
Suficientemente satisfactoria	4	22,2
Satisfactoria	6	33,3
Muy Satisfactoria	8	44,4

Los datos revelan que la experiencia de simulación clínica fue altamente satisfactoria para la mayoría de los docentes, con un 44.4% calificándola como "muy satisfactoria" y un 33.3% como "satisfactoria". Además, un 22.2% la consideró "suficientemente satisfactoria". Estos resultados reflejan una percepción general positiva hacia la experiencia de enseñanza mediante simulación clínica, resaltando la efectividad y el valor

que los docentes atribuyen a esta metodología en el proceso de aprendizaje de los estudiantes.

Este alto grado de satisfacción indica que la simulación clínica ha sido bien recibida como una herramienta educativa por parte de los docentes participantes. La variedad de calificaciones, desde "suficientemente satisfactoria" hasta "muy satisfactoria", muestra una gama de percepciones, pero en general, la mayoría de los docentes expresan una satisfacción positiva.

Estos hallazgos sugieren que la simulación clínica puede ser una estrategia efectiva para mejorar el aprendizaje y la enseñanza en el contexto de la obstetricia. Sin embargo, también podrían señalar áreas de mejora o aspectos específicos que podrían optimizarse en futuras implementaciones de simulaciones clínicas.

5.12. Utilidad de la simulación en la articulación de la teoría/práctica

Utilidad de la simulación en la articulación teoría/práctica: perspectiva de los docentes

Tabla 14 Percepción de los docentes sobre la utilidad de la simulación clínica en la integración de teoría y práctica

Utilidad de la simulación en la articulación teoría/práctica	N	%
Tal vez	1	5,6
NO	2	11,1
SI	15	83,3

La gran mayoría de los docentes (83.3%) considera que la simulación es una herramienta útil en la articulación entre la teoría y la práctica, mientras que una minoría (11.1%) indica lo contrario. Solo un pequeño porcentaje (5.6%) expresó dudas al respecto. Este resultado sugiere un reconocimiento generalizado de la eficacia de la simulación como herramienta para integrar los conocimientos teóricos con la práctica clínica, destacando su importancia en la formación de los estudiantes en Obstetricia y en el logro de las competencias necesarias para su perfil profesional.

5.13. Apreciaciones finales

Las apreciaciones finales de los docentes destacan varios aspectos importantes para mejorar la experiencia de simulación clínica. En primer lugar, se resalta la necesidad de capacitaciones en simulación para los docentes, reconociendo su importancia para un aprendizaje efectivo. Además, se enfatiza la importancia de contar con elementos suficientes, equipos de simulación en condiciones adecuadas y un equipo técnico capacitado y disponible para garantizar el desarrollo óptimo de las sesiones de simulación.

Se destaca también la importancia de ofrecer oportunidades de aprendizaje personalizado, teniendo en cuenta las limitaciones que pueden surgir debido a la escasez de recursos o a la alta demanda de estudiantes en las comisiones asignadas. Asimismo, se menciona la necesidad de trabajar en simulación interprofesional, lo que subraya la importancia de la colaboración entre diferentes disciplinas en el entorno de la simulación clínica.

Por último, se plantea la importancia de que todos los estudiantes tengan acceso al mismo nivel de simulación, lo que sugiere un compromiso con la equidad y la igualdad de oportunidades en el proceso de aprendizaje.

En resumen, las apreciaciones finales de los docentes resaltan la importancia de contar con recursos adecuados, capacitación continua y oportunidades de aprendizaje personalizado para mejorar la experiencia de simulación clínica y garantizar el desarrollo de competencias profesionales de alta calidad en los estudiantes.

5.14. Relación con la interprofesionalidad

Según los datos recopilados, el 83.3% de los docentes no realiza instancias de simulación para la Educación Interprofesional, mientras que solo el 16.7% sí lo hace, pero solo a modo de taller en habilidades de comunicación. Por otro lado, respecto al conocimiento sobre la importancia de la simulación para la Educación Interprofesional, el 83.3% está consciente de su relevancia, mientras que un pequeño porcentaje (11.1%) indica no conocerla y un 5.6% tiene dudas al respecto. Estos resultados sugieren que, aunque la mayoría de los participantes reconoce la importancia de la simulación para la Educación Interprofesional, hay una brecha significativa en cuanto a la implementación de esta práctica en sus actividades educativas. Esto podría señalar una oportunidad para

promover una mayor integración de la simulación en la formación interprofesional en el área de la salud, aprovechando sus beneficios para mejorar la colaboración y el trabajo en equipo entre diferentes disciplinas.

5.15. Resultados de la evaluación de la implementación del escenario docente en simulación

La evaluación del desempeño docente en la implementación de la simulación clínica en la Licenciatura en Obstetricia proporcionó una visión detallada del proceso educativo. En términos generales, se observó que la mayoría de los docentes demostraron una adecuada planificación de contenidos y actividades previas al desarrollo de las simulaciones, reflejando un compromiso con la calidad educativa. Específicamente, el 70% de los docentes obtuvieron una puntuación de 4 en la planificación de contenidos, y el 100% recibió una calificación de 4 en cuanto al uso adecuado del marco teórico y bibliografía recomendada.

Sin embargo, la evaluación también identificó áreas de mejora en aspectos como el briefing inicial, la explicación de los supuestos básicos del escenario y la descripción del entorno y del simulador.

Por ejemplo, mientras el 70% de los docentes recibió una calificación de 5 en la bienvenida, el 30% obtuvo una puntuación de 3, sugiriendo margen para mejorar la claridad y la efectividad de esta fase inicial de la simulación. De manera similar, la descripción del simulador y del ambiente obtuvo puntajes mixtos, con un 70% de los docentes recibiendo una calificación de 2 y un 30% una calificación de 3.

A pesar de los desafíos surgidos durante la pandemia, se observó una mejora notable en la ejecución de los escenarios en el primer cuatrimestre de 2023. Si bien la recolección de datos finalizó en diciembre de 2022, durante la redacción de la tesis las observaciones continuaron, y se pudo observar que las mejoras implementadas en la simulación clínica seguían impactando positivamente en la calidad de la enseñanza y en el desarrollo de habilidades prácticas entre los estudiantes.

Este progreso se atribuye al proceso de capacitación continua de los docentes y a la participación activa de los estudiantes en talleres y prácticas en terreno. Además, la creación de la Comisión de Simulación Clínica se destaca como un paso fundamental

para supervisar y coordinar las actividades relacionadas con las simulaciones, garantizando su adecuada planificación, ejecución y evaluación.

Estudiantes segundo eje de análisis

Encuesta realizada a estudiantes de la carrera de Obstetricia en relación a calidad y satisfacción de simulación clínica

Variables de interés para los estudiantes que participaron de las simulaciones

Datos demográficos y personales:

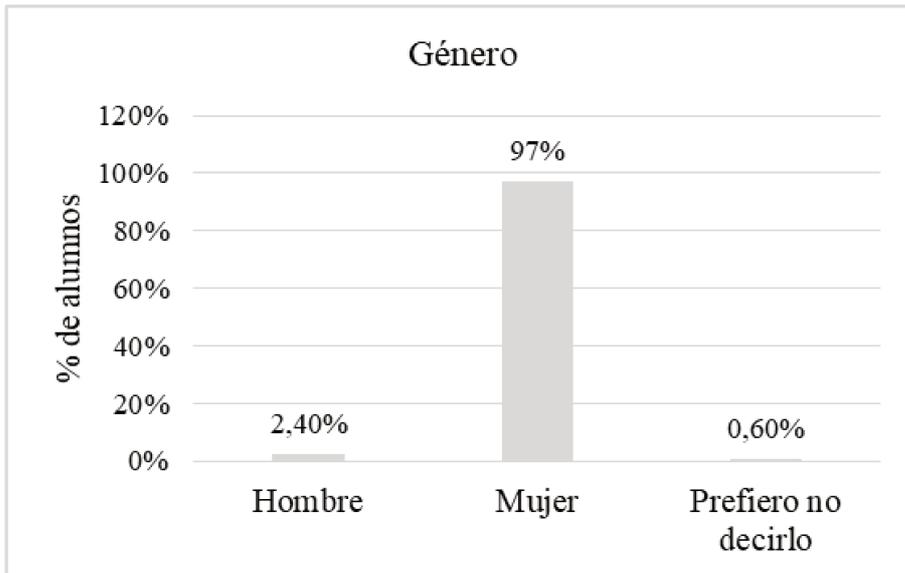


Figura 6 Género

Fuente. Elaboración propia

Al analizar los datos de la tabla, se observa que la muestra está compuesta mayoritariamente por mujeres, representando el 97.0% del total. Por otro lado, los hombres constituyen solo el 2.4% de la muestra. Además, hay un pequeño porcentaje (0.6%) de participantes que prefirieron no declarar su género. Esta distribución refleja una marcada predominancia de mujeres en la muestra estudiada.

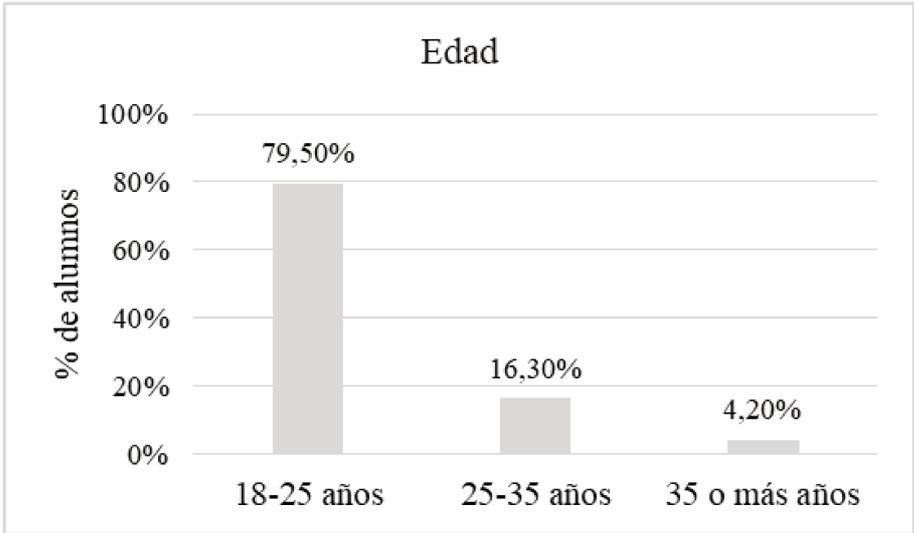


Figura 7 Edad

Fuente. Elaboración propia

Al analizar los datos de la tabla, se observa que la mayoría de los participantes se encuentran en el rango de edad de 18 a 25 años, representando el 79.5% del total. Un porcentaje menor, el 16.3%, corresponde a participantes en el rango de edad de 25 a 35 años. Por otro lado, un pequeño grupo, que constituye el 4.2%, tiene 35 años o más. Esta distribución muestra una concentración significativa de participantes en el grupo de edad más joven (18-25 años), lo que puede indicar una mayor representación de estudiantes universitarios en la muestra.

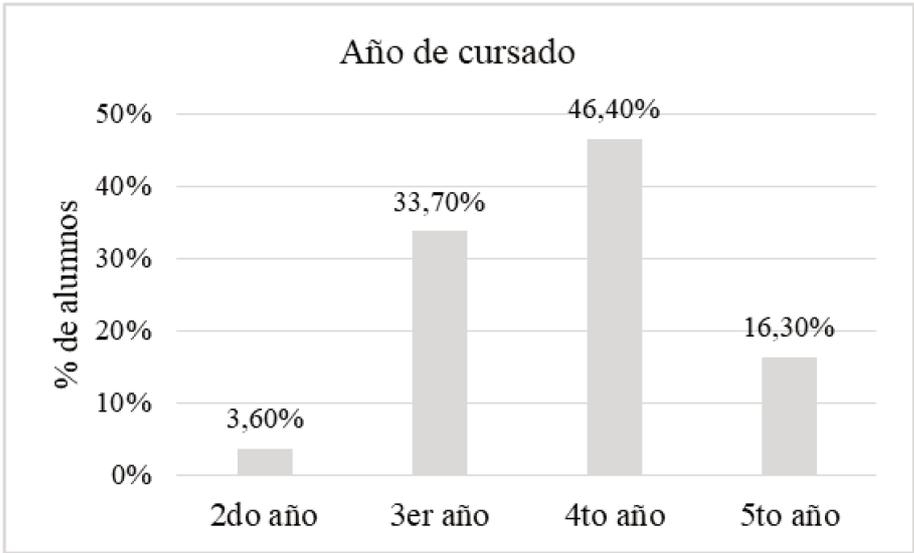


Figura 8 Año de Cursado

Fuente. Elaboración propia

Al analizar los datos presentados en la tabla, se observa que la muestra está distribuida en cuatro grupos según el año académico. El mayor porcentaje de estudiantes pertenece al cuarto año (46.4%), seguido por el tercer año (33.7%). El quinto año PFO representa el 16.3% de la muestra, mientras que el segundo año tiene la menor representación, con solo el 3.6% de los estudiantes. Esta distribución muestra una variabilidad en la distribución de los estudiantes según su año de estudio.

Es importante destacar que los estudiantes de primer año no participaron en el módulo de recuperación de prácticas en este contexto. Sin embargo, posteriormente a este estudio, se planificó su reincorporación y, mientras tanto, se retomaron los talleres en las asignaturas de segundo año.

Experiencia y percepciones de los estudiantes durante la simulación:

Grado de satisfacción de la experiencia en simulación

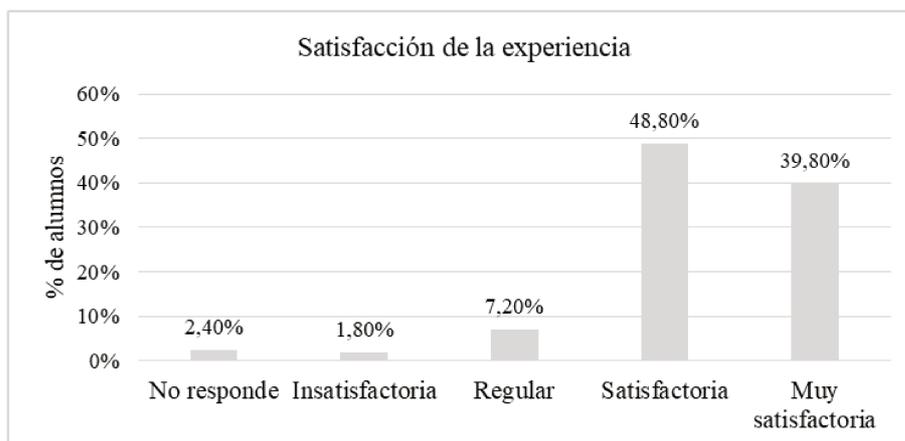


Figura 9 Percepción del grado de satisfacción

Fuente. Elaboración propia

Al observar los resultados de la tabla, se nota una variedad en las calificaciones otorgadas por los participantes sobre su satisfacción con el proceso de simulación clínica. Mientras que una minoría describió su experiencia como insatisfactoria o regular, la mayoría expresó haber tenido una experiencia satisfactoria o muy satisfactoria. Un pequeño grupo optó por no proporcionar una respuesta.

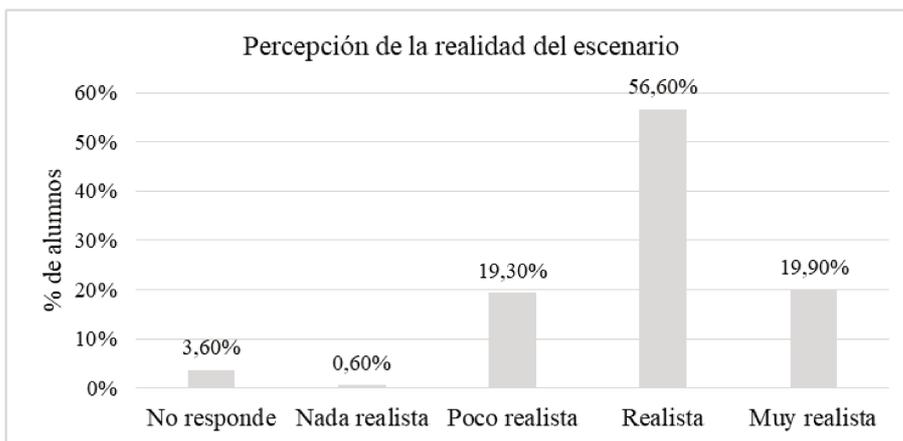


Figura 10 Percepción de la realidad del escenario

Fuente. Elaboración propia

Estos resultados revelan que la mayoría de los participantes perciben los escenarios de simulación como realistas, con un 76,50% (suma de "Muy realista" y "Realista") de los encuestados expresando una valoración positiva. Este hallazgo es significativo, ya que sugiere que los escenarios están diseñados de manera efectiva para reflejar situaciones clínicas auténticas, lo cual es crucial para el aprendizaje práctico y la preparación para situaciones reales.

Sin embargo, un 19,30% de los participantes describió los escenarios como "poco realistas". Aunque esta es una minoría, indica que hay aspectos de los escenarios que podrían mejorarse para aumentar su percepción de realismo. Por ejemplo, se podría la incorporación de detalles más precisos en los escenarios, o la mejora de las instrucciones y la facilitación por parte de los docentes.

Solo un 0,60% de los encuestados consideró los escenarios como "nada realistas", lo cual es un porcentaje muy bajo, pero señala la importancia de revisar y ajustar constantemente los escenarios para asegurar su relevancia y autenticidad. El 3,60% de los participantes no proporcionó una respuesta específica sobre el realismo de los escenarios, lo cual podría deberse a diversas razones, como la falta de experiencia previa con simulaciones o la falta de información suficiente para hacer una evaluación.

Estos hallazgos son especialmente relevantes en contextos como el del Centro Universitario de Rafaela, donde la infraestructura para simulaciones puede ser limitada.

Mejorar la calidad y el realismo de los escenarios en estos entornos podría aumentar significativamente la percepción positiva y la efectividad educativa de las simulaciones clínicas.

En síntesis, los resultados reflejan una percepción mayoritariamente positiva del realismo de los escenarios de simulación clínica entre los participantes. No obstante, también resaltan áreas que requieren atención y mejoras. La institución debe continuar evaluando y ajustando sus programas de simulación para asegurar que todos los escenarios sean percibidos como realistas y efectivos, maximizando así el valor educativo de estas herramientas.

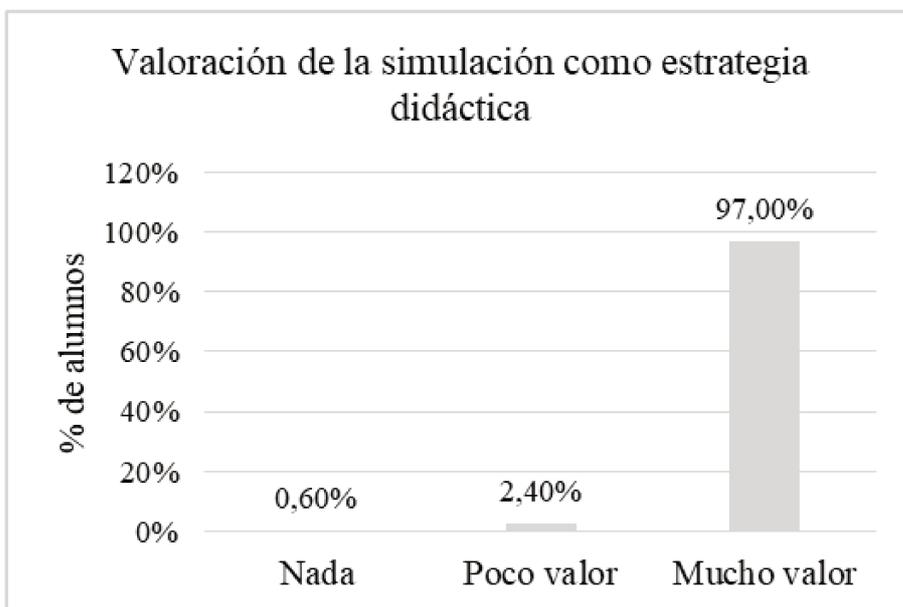


Figura 11 Valoración de la simulación como estrategia didáctica

Fuente. Elaboración propia

Este análisis revela una valoración positiva y consistente de la simulación como estrategia didáctica entre los participantes. La gran mayoría la consideró altamente valiosa, destacando su utilidad y relevancia en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Este reconocimiento respalda la eficacia de la simulación para facilitar la adquisición de conocimientos y habilidades por parte de los estudiantes. Además, al integrar la práctica clínica simulada con la teoría, la simulación promueve el desarrollo de competencias profesionales de manera efectiva. Este enfoque práctico y experiencial permite a los estudiantes aplicar los conocimientos teóricos en escenarios clínicos simulados, lo que

contribuye significativamente a su preparación para enfrentar situaciones reales en el campo de la Obstetricia.

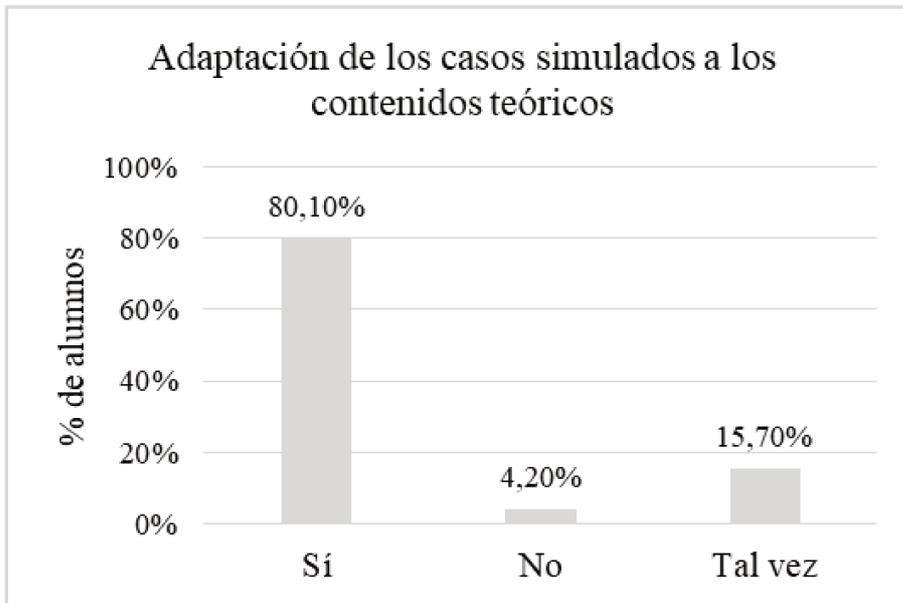


Figura 12 Adaptación a los casos simulados a los contenidos teóricos

Fuente. Elaboración propia

Al analizar la adaptación de los casos simulados a los contenidos teóricos, la mayoría de los participantes respondieron afirmativamente, indicando que sí existe una adaptación adecuada. Esta percepción sugiere que los casos simulados están siendo diseñados de manera coherente con los conceptos teóricos impartidos en el curso. Sin embargo, un pequeño porcentaje expresó incertidumbre, optando por la respuesta "Tal vez". Este resultado indica la necesidad de una evaluación más detallada para comprender mejor la percepción de los participantes sobre esta integración entre la simulación y los contenidos teóricos.

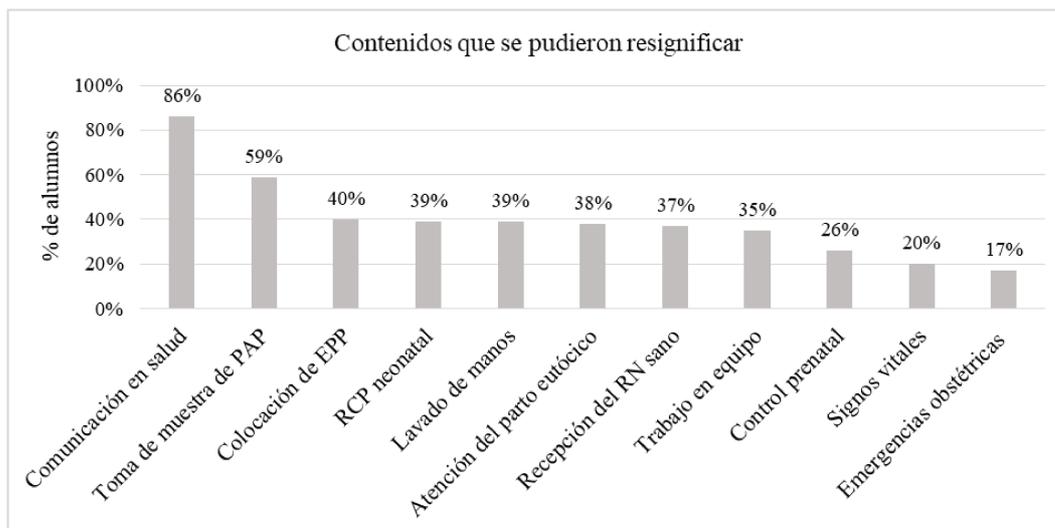


Figura 13 Contenidos que se pudieron resignificar en la situación de simulación
Fuente. Elaboración propia

Los resultados revelan que los participantes reconocieron una amplia gama de contenidos que pudieron ser resignificados durante las situaciones de simulación clínica. En primer lugar, la comunicación en salud fue identificada por un alto porcentaje de encuestados (86%). Esto sugiere que los participantes valoran la importancia de desarrollar habilidades comunicativas efectivas en el contexto de la atención médica simulada. La comunicación clara y efectiva es fundamental para la práctica clínica, ya que facilita la interacción con los pacientes, el intercambio de información entre el equipo médico y la comprensión de las necesidades del paciente.

En segundo lugar, el 50% de los encuestados mencionó la toma de muestra de Papanicolaou. Este hallazgo indica que los participantes reconocen la relevancia de practicar procedimientos específicos durante la simulación clínica, lo que les permite adquirir y mejorar habilidades técnicas específicas relacionadas con la atención obstétrica y ginecológica.

Además, el 40% de los participantes destacó la importancia de la colocación de elementos de protección personal durante la simulación. Este resultado sugiere que los participantes valoran la seguridad y la protección tanto del personal médico como de los pacientes durante la realización de procedimientos clínicos simulados.

Otros temas mencionados por los participantes incluyen la reanimación cardiopulmonar (RCP) neonatal (39%), la atención del parto eutócico (38%) y la recepción del recién nacido sano (37%). Estos hallazgos indican que los participantes reconocen la

importancia de practicar habilidades clínicas específicas relacionadas con la atención neonatal y obstétrica durante las sesiones de simulación clínica.

Además, se observa que el trabajo en equipo (35%) fue identificado como un tema importante para la resignificación durante la simulación. Esto sugiere que los participantes valoran la colaboración y la coordinación entre los miembros del equipo médico durante la atención clínica simulada.

En resumen, el análisis cualitativo de los datos indica que los participantes reconocen una amplia gama de contenidos que pueden ser resignificados durante las situaciones de simulación clínica. Estos hallazgos resaltan la importancia de la simulación clínica como una herramienta efectiva para el desarrollo de habilidades y competencias en obstetricia, así como para la preparación de los estudiantes para la práctica clínica real

Integración teoría y práctica de los estudiantes

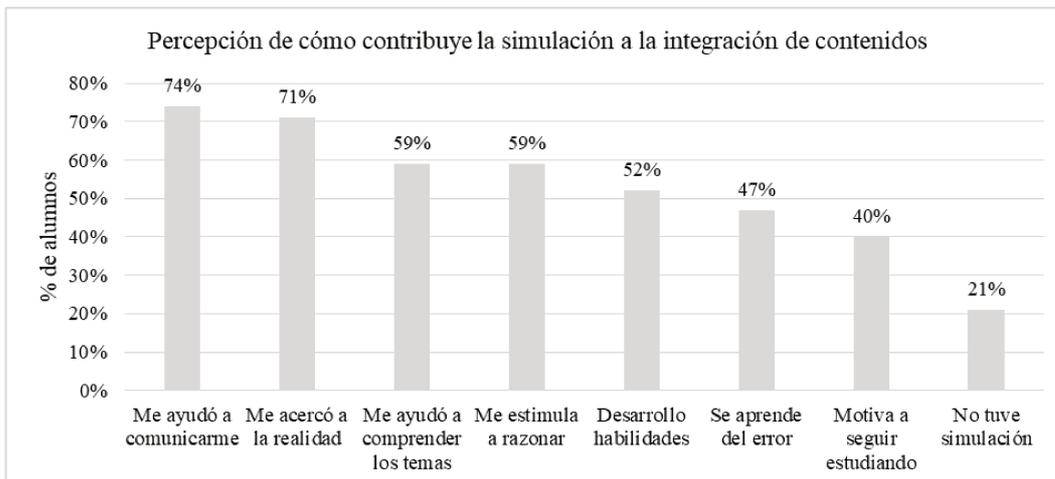


Figura 14 Percepción de cómo contribuye la simulación a la integración de contenidos

Fuente. Elaboración propia

En base a estos datos, se observa que la gran mayoría de los participantes (98.8%) indicaron que sí perciben una integración entre la teoría y la práctica en el contexto de la simulación clínica en obstetricia.

Este resultado sugiere que los participantes reconocen la importancia de vincular los conocimientos teóricos adquiridos en el aula con la aplicación práctica en entornos clínicos simulados. La percepción positiva de los participantes sobre esta integración puede indicar que valoran la relevancia y la efectividad de la simulación clínica como una

estrategia educativa para facilitar el aprendizaje práctico y la aplicación de conocimientos teóricos en situaciones clínicas reales.

La alta proporción de respuestas afirmativas también puede reflejar la confianza de los participantes en la efectividad del enfoque de aprendizaje basado en la simulación para mejorar la comprensión y la aplicación de conceptos teóricos en la práctica clínica. Esto resalta la importancia de continuar integrando actividades de simulación clínica en los programas de formación en obstetricia para fortalecer la preparación de los estudiantes y mejorar la calidad de la atención médica.

Motivación del aprendizaje

Utilidad de ver las simulaciones grabadas de las propias actuaciones en simulación

El análisis cualitativo revela que la gran mayoría de los participantes (96.4%) indicaron sentir motivación para aprender durante las actividades de simulación clínica en obstetricia. Esto sugiere un alto grado de interés y compromiso por parte de los estudiantes en este entorno de aprendizaje práctico y experiencial. La percepción positiva de la motivación puede atribuirse a la relevancia de las actividades de simulación, su carácter práctico y la oportunidad de desarrollar habilidades clínicas de manera segura. Este hallazgo subraya la importancia de diseñar actividades de simulación estimulantes y relevantes para fomentar el compromiso de los estudiantes con su aprendizaje.

Utilidad y percepciones adicionales de los estudiantes

Utilidad de ver las simulaciones grabadas de las propias actuaciones en simulación

El análisis revela que la mayoría de los participantes (80.7%) consideraron útil ver las grabaciones de sus actuaciones en simulaciones clínicas. Esta percepción sugiere que la revisión de las grabaciones ofrece beneficios significativos para el aprendizaje, como la identificación de áreas de mejora, el fortalecimiento de la autoevaluación y el desarrollo de habilidades reflexivas. Aunque un pequeño porcentaje (10.8%) indicó que no encuentra utilidad en esta práctica, y otro grupo (8.4%) no está seguro, la mayoría reconoce el valor de esta herramienta para mejorar su desempeño clínico.

Estos hallazgos son particularmente relevantes en el contexto del Centro Universitario Rafaela, donde actualmente no se cuenta con el equipo técnico ni con las herramientas

necesarias para grabar y revisar el desempeño de los estudiantes en los escenarios de simulación. La falta de esta capacidad técnica podría limitar el potencial de aprendizaje de los estudiantes, ya que la revisión de grabaciones es una práctica que facilita la retroalimentación y el aprendizaje reflexivo.

Percepción de la duración adecuada de la situación simulada

El análisis de la percepción de la duración adecuada de la situación simulada revela que casi la mitad de los participantes (48.8%) consideran que la duración es adecuada. Por otro lado, un considerable porcentaje (33.7%) expresó indecisión sobre este aspecto, mientras que un grupo menor (17.5%) indicó que la duración no es adecuada. Esta distribución sugiere una diversidad de opiniones entre los participantes, lo que podría reflejar distintos estilos de aprendizaje y preferencias individuales en cuanto a la duración de las simulaciones clínicas.

Percepción de la comunicación entre miembros del equipo

El análisis de la percepción de la comunicación entre los miembros del equipo revela que la gran mayoría de los participantes (87%) perciben una comunicación efectiva durante las simulaciones. Además, la mayoría de los encuestados indicaron que la simulación promovió la comunicación de diversas maneras: el 89% expresó que les ayudó a mejorar sus habilidades de comunicación, el 57% mencionó que les ayudó a trabajar en equipo, el 40% señaló que les ayudó a reflexionar, el 34% destacó el trabajo interdisciplinario y el 32% resaltó que les ayudó a trabajar sobre el error. Estos hallazgos sugieren que la simulación clínica no solo mejora la comunicación entre los miembros del equipo, sino que también fomenta otras habilidades colaborativas y reflexivas en los participantes.

Valoración general y retroalimentación de los estudiantes:



Figura 15 Valoración de la experiencia con simulación clínica

Fuente. Elaboración propia

El análisis revela una percepción general positiva hacia la experiencia con la simulación clínica. La mayoría de los participantes describieron su experiencia como satisfactoria (57.2%), y un porcentaje significativo la calificó como muy satisfactoria (32.5%). Estos resultados sugieren que la simulación clínica ha sido bien recibida por los participantes y ha tenido un impacto favorable en su aprendizaje y desarrollo profesional. Sin embargo, es importante señalar que hubo una pequeña proporción de participantes que no respondieron (4.8%), lo que podría indicar una falta de participación activa o una percepción más neutral hacia la experiencia.

Información recibida del escenario

En relación a la información recibida, se puede analizar que la gran mayoría de los participantes (83.1%) percibieron la información recibida del escenario como suficiente. Esto sugiere que, en general, los participantes consideraron que la información proporcionada en el contexto de la simulación clínica fue adecuada para llevar a cabo las tareas requeridas. Sin embargo, es importante tener en cuenta que hubo una proporción pequeña pero notable de participantes que indicaron que la información era insuficiente (3.6%) o poco suficiente (13.3%). Esto podría señalar áreas de mejora en la claridad o la cantidad de información proporcionada durante las sesiones de simulación.

Nivel de confianza para expresar pensamientos y emociones durante la simulación clínica.

Aquí, se revela que la mayoría de los participantes (54.8%) expresaron sentirse muy confiados para expresar sus pensamientos y emociones durante la simulación clínica. Sin embargo, también se observa que un porcentaje significativo de participantes indicaron sentirse poco confiados (40.4%), mientras que una minoría señaló no sentir confianza alguna (4.8%). Esta diversidad en las respuestas sugiere que la percepción de confianza durante la simulación puede variar entre los participantes, posiblemente influenciada por factores como la experiencia previa, el ambiente de aprendizaje y la naturaleza de las tareas realizadas durante la simulación.

Incomodidad emocional durante la simulación clínica

El análisis indica que aproximadamente el 56.6% de los participantes expresaron no haber experimentado incomodidad emocional durante la simulación clínica. Sin embargo, un porcentaje considerable (22.9%) admitió haber experimentado incomodidad emocional durante estas sesiones, mientras que un grupo adicional (20.5%) indicó estar indeciso o experimentar tal vez dicha incomodidad. Esta variedad de respuestas sugiere que la experiencia emocional durante la simulación clínica puede ser variable y que algunos participantes pueden enfrentar desafíos emocionales durante estas actividades de aprendizaje. Es importante considerar cómo gestionar y abordar estas emociones para optimizar la experiencia de aprendizaje y el bienestar de los participantes.

Opiniones finales de los estudiantes y preguntas adicionales: sobre: evaluación de la experiencia en simulación clínica.

Los comentarios y sugerencias de los participantes sobre la experiencia de simulación clínica revelan una serie de aspectos destacados que resaltan el valor y la efectividad de esta metodología en el proceso de formación de los estudiantes de Licenciatura en Obstetricia de UNL FCM.

En primer lugar, se reconoce la importancia de practicar los escenarios antes de su implementación con los alumnos para asegurar una ejecución fluida y eficaz. Este enfoque preventivo, aunque crítico, demuestra un compromiso compartido con la excelencia académica y el desarrollo de habilidades prácticas entre estudiantes y docentes.

Además, se enfatiza la relevancia de una comunicación clara y efectiva sobre los roles y responsabilidades dentro de los escenarios. Esta comunicación práctica y precisa

contribuye significativamente a la integración entre la teoría y la práctica, permitiendo que los estudiantes comprendan mejor el contexto clínico y fortalezcan sus habilidades de toma de decisiones.

A pesar de algunas críticas sobre la exageración en la comunicación de los personajes interpretados por los docentes, la mayoría de los participantes valoran positivamente las simulaciones como una herramienta enriquecedora que les permite aprender de manera significativa y mejorar sus habilidades profesionales. Este reconocimiento refleja el impacto positivo y la relevancia de la simulación clínica en el desarrollo de competencias prácticas y en la preparación para la práctica profesional.

Adicionalmente, se destacan sugerencias para aumentar la frecuencia de las simulaciones y talleres previos, como así también la inclusión de pacientes simulados para una experiencia aún más realista y formativa. Estas propuestas reflejan un deseo compartido de continuar fortaleciendo la formación práctica de los estudiantes y enriqueciendo su experiencia educativa con oportunidades significativas de aprendizaje.

Capítulo 6. Discusión

La inclusión de la simulación clínica en la formación de estudiantes de la Licenciatura en Obstetricia de la UNL FCM se enmarca en un contexto crucial, especialmente durante la pandemia, donde se ha convertido en un recurso indispensable. Investigaciones previas, como las realizadas por Smith et al. (2020), han destacado su importancia al ofrecer un entorno seguro y controlado para el desarrollo de habilidades clínicas y la adquisición de experiencia práctica, incluso en circunstancias limitantes como las impuestas por la pandemia, donde el acceso a los efectores de salud y al centro de simulación de la Facultad de Ciencias Médicas estaba restringido por disposiciones ministeriales vigentes en ese momento.

En relación con los resultados obtenidos en este estudio, se evidencia una notable coherencia con las conclusiones de investigaciones previas, como las llevadas a cabo por Jones et al. (2018) y Patel et al. (2019). Estos autores también han destacado la importancia de la simulación clínica como una herramienta eficaz para facilitar la integración entre la teoría y la práctica en el proceso de formación de estudiantes de obstetricia.

El análisis de los datos recopilados en este trabajo revela que la gran mayoría de los participantes (98.8%) perciben una integración significativa entre la teoría y la práctica a través de la simulación clínica. Este resultado es coherente con los hallazgos de investigaciones previas para carreras de salud, que han demostrado que la simulación clínica proporciona una plataforma efectiva para aplicar los conocimientos teóricos en escenarios prácticos simulados (Gomez et al., 2017).

Por otro lado, al analizar la percepción de la realidad de los escenarios de simulación, se observa que la mayoría de los participantes (76.50%) los consideran realistas. Estos resultados son consistentes con investigaciones previas que han resaltado la importancia del realismo en los escenarios de simulación para facilitar el aprendizaje práctico y la preparación para situaciones reales (Brown et al., 2020). Sin embargo, es importante destacar que un porcentaje minoritario de participantes (19.30%) describió los escenarios como poco realistas, lo que sugiere la necesidad de realizar ajustes y mejoras en el diseño de los mismos. Este hallazgo coincide con las recomendaciones de diversos estudios

previos que han enfatizado la importancia de revisar y ajustar constantemente los escenarios de simulación para garantizar su relevancia y autenticidad (Brown et al., 2020). Aunque pueda haber debates sobre el momento óptimo para iniciar la formación con simulación clínica, la investigación realizada sugiere que el período preclínico es fundamental para establecer una base sólida en habilidades clínicas básicas, como sugiere White et al. (2016). La integración de la simulación clínica en el plan de estudios, como indican Chen et al. (2019) y otros estudios previos, cierra la brecha entre la teoría y la práctica clínica, mejorando significativamente la preparación de los estudiantes para la práctica clínica.

Los resultados de este estudio respaldan la idea de que la simulación clínica en obstetricia se integra adecuadamente con el currículo universitario, mejorando así la preparación de los estudiantes para la práctica clínica. Esta integración efectiva entre la teoría y la práctica se refleja en las percepciones positivas de los estudiantes sobre la relevancia y utilidad de la simulación clínica en su formación, como señalan estudios como el de Wang et al. (2018). Los resultados obtenidos en este estudio coinciden con las conclusiones de investigaciones previas, respaldando la importancia de la simulación clínica como una herramienta esencial para la integración de contenidos y habilidades en la formación de profesionales de la salud. De acuerdo con estudios como el de Lee et al. (2021), la implementación de metodologías docentes innovadoras centradas en la simulación clínica puede contribuir significativamente a la preparación de los estudiantes para los desafíos del entorno clínico real y mejorar la calidad de la atención en salud.

Nuestros hallazgos revelan que los estudiantes reconocen una amplia gama de contenidos que pueden ser resignificados durante las situaciones de simulación clínica. La comunicación en salud, la toma de muestra de Papanicolaou, la colocación de elementos de protección personal y otros temas identificados durante el estudio reflejan la relevancia de practicar procedimientos específicos y desarrollar habilidades técnicas y de comunicación en un entorno simulado. Estos resultados están en línea con investigaciones anteriores que han destacado la importancia de la simulación clínica para el desarrollo de habilidades y competencias en obstetricia (Jones et al., 2018; Patel et al., 2019).

Por otro lado, la alta proporción de estudiantes que perciben una integración entre la teoría y la práctica durante las actividades de simulación clínica refuerza la efectividad de este enfoque educativo para facilitar el aprendizaje práctico y la aplicación de conocimientos

teóricos en situaciones clínicas reales. Esta percepción positiva de los estudiantes también respalda los hallazgos de investigaciones previas que han resaltado la importancia de la simulación clínica como una estrategia educativa efectiva en el contexto de la formación en salud (Gomez et al., 2017).

Además, el alto grado de motivación reportado por los estudiantes durante las actividades de simulación clínica sugiere un compromiso significativo con el aprendizaje práctico y experiencial. Este hallazgo es consistente con estudios anteriores que han destacado el impacto positivo de las actividades de simulación en la motivación y el compromiso de los estudiantes con su aprendizaje (Lee et al., 2021).

En resumen, los resultados de este estudio respaldan la efectividad y la relevancia de la simulación clínica como una estrategia educativa para la formación en obstetricia lo que subraya la importancia de continuar integrando actividades de simulación clínica en los programas de formación en salud para mejorar la preparación de los estudiantes y la calidad de la atención en salud.

La aplicación de una grilla para evaluar el desempeño de los docentes durante la simulación clínica, según lo descrito en los hallazgos, se ajusta a la literatura existente que resalta la importancia de la retroalimentación y la mejora continua en la educación en salud (Smith et al., 2020). Este enfoque evaluativo y reflexivo ofrece información crucial sobre la calidad del proceso educativo, permitiendo identificar tanto áreas de mejora como fortalezas en la implementación de la simulación clínica en el ámbito académico.

El 83.3% de los docentes consideró necesario desarrollar el escenario más de una vez, lo que demuestra una preocupación por el perfeccionamiento continuo de los escenarios y el compromiso con el logro de los objetivos de aprendizaje. Este enfoque de mejora continua se alinea con las recomendaciones de la literatura existente, que resalta la importancia de adaptarse a las circunstancias cambiantes y buscar constantemente oportunidades para mejorar la educación en salud (White et al., 2016).

Además, los docentes mostraron una dedicación para encontrar soluciones y garantizar un proceso de aprendizaje efectivo y seguro para los estudiantes, a pesar de las limitaciones impuestas por el contexto epidemiológico desafiante. Este compromiso con el logro de competencias es esencial para asegurar que los estudiantes alcancen el perfil profesional deseado, especialmente en un campo crítico como la obstetricia.

Al considerar estos resultados en el contexto más amplio de la formación en salud, se confirma la importancia de integrar la simulación clínica en los planes de estudios, como sugieren estudios previos (Chen et al., 2019). Esta integración no solo cierra la brecha entre la teoría y la práctica clínica, sino que también prepara de manera más efectiva a los estudiantes para enfrentar los desafíos del entorno clínico real. En resumen, la evaluación del desempeño de los docentes durante la simulación clínica no solo proporciona información valiosa sobre la calidad del proceso educativo, sino que también destaca el compromiso y la dedicación de los educadores para garantizar una formación efectiva y segura para los estudiantes en el campo de la obstetricia.

6.1. Hallazgos Claves y Dificultades en la Implementación de la Simulación Clínica en la Educación en Salud

Hallazgos claves:

Importancia de la Simulación Clínica: La simulación clínica se ha consolidado como un recurso imprescindible en la formación de estudiantes en el ámbito de la salud, ofreciendo un entorno seguro y controlado para el desarrollo de habilidades clínicas y la adquisición de experiencia práctica, especialmente en el contexto desafiante de la pandemia de COVID-19. A pesar de las limitaciones impuestas por esta crisis sanitaria, la simulación clínica ha complementado de manera efectiva la educación de los estudiantes, facilitando la integración entre la teoría y la práctica clínica.

Relevancia del Período Preclínico: Es crucial destacar la relevancia del período preclínico como un momento clave para cimentar una sólida base en habilidades clínicas básicas a través de la simulación clínica, lo que resalta la necesidad imperante de integrar esta metodología desde las primeras etapas del plan de estudios.

Integración en el Currículo Universitario: La integración exitosa de la simulación clínica en el currículo universitario ha fortalecido la preparación de los estudiantes para enfrentar los desafíos de la práctica clínica, como lo demuestra su percepción positiva sobre la relevancia y utilidad de esta herramienta en su formación.

Dificultades:

Falta de Capacitación de Docentes en Simulación Clínica: Se identificó una carencia de capacitación adecuada en simulación clínica entre algunos docentes, lo que puede afectar la calidad de la enseñanza y la implementación efectiva de la simulación en el plan

de estudios. Es crucial ofrecer programas de capacitación continuos y especializados para los docentes que imparten simulación clínica.

Gestión de Grandes Grupos de Estudiantes: Con el aumento en el número de estudiantes inscriptos, se observaron desafíos en la gestión de grandes grupos durante las actividades de simulación clínica. Esto puede incluir limitaciones en el espacio, la disponibilidad de recursos y la capacidad de proporcionar retroalimentación individualizada a cada estudiante.

Infraestructura y Recursos Limitados: Algunas instituciones enfrentan limitaciones en términos de infraestructura y recursos para llevar a cabo actividades de simulación clínica de manera efectiva. Mejorar la infraestructura y aumentar los recursos disponibles puede ser fundamental para mejorar la calidad de la educación en simulación clínica.

Coordinación Interdisciplinaria: En entornos educativos interdisciplinarios, se identificaron desafíos en la coordinación entre diferentes disciplinas de salud para implementar la simulación clínica de manera colaborativa. Es esencial fomentar la colaboración interdisciplinaria y establecer protocolos claros para garantizar una implementación efectiva de la simulación clínica en entornos interprofesionales.

6.2. Compromiso con la Calidad de los Datos y Consideraciones Éticas

Se aplicaron medidas rigurosas para asegurar la calidad y la confiabilidad de los datos cualitativos. Se prestó especial atención a los criterios de credibilidad, transferibilidad, fiabilidad y confirmabilidad, fundamentales para garantizar la validez y solidez de la investigación. Además, se obtuvo la aprobación de un comité ético antes de iniciar la investigación, asegurando el cumplimiento de los principios éticos fundamentales. Se garantizó el consentimiento informado de los participantes, protegiendo su confidencialidad y privacidad.

6.3. Limitaciones del Estudio y Planificación de la Diseminación de los Hallazgos

Se reconocieron y describieron las limitaciones inherentes al estudio, incluyendo su especificidad de muestra y contexto. Se evitó la generalización indiscriminada de los resultados y se destacó la relevancia de los hallazgos para situaciones similares. Además, se propuso un plan para diseminar los hallazgos a través de presentaciones en conferencias académicas y seminarios, asegurando así la visibilidad y el impacto del

estudio en el ámbito de la docencia universitaria. Esta práctica refleja un enfoque pedagógico integral, donde se busca establecer una conexión directa entre la teoría y la práctica, lo cual contribuye significativamente a la efectividad y relevancia de las actividades de simulación clínica. Sin embargo, es importante seguir fomentando esta práctica entre aquellos docentes que aún no la implementan de manera consistente, ya que puede potenciar aún más el aprendizaje y la formación de los estudiantes.

Esta atención meticulosa a la selección de casos clínicos contribuye a una experiencia de simulación más significativa y enriquecedora, preparando a los estudiantes para enfrentar los desafíos del entorno obstétrico con confianza y habilidad. Sin embargo, es importante destacar que un pequeño porcentaje de docentes percibe los escenarios como regulares (16.7%). Esto sugiere que aún hay aspectos por mejorar en términos de fidelidad, particularmente en áreas relacionadas con la fidelidad funcional y contextual. Para abordar esta cuestión, podría ser necesario integrar múltiples aspectos de un escenario clínico completo y recrear situaciones clínicas relevantes de manera más precisa. Por ejemplo, mejorar la disponibilidad de equipos, la ambientación del entorno clínico y la participación de actores para representar roles de manera realista podrían ser acciones clave para optimizar la fidelidad de los escenarios en el Centro Universitario de Rafaela. En consecuencia, las decisiones institucionales para mejorar la experiencia de simulación clínica deben basarse en la capacitación del personal docente y en la mejora de los escenarios en relación con la fidelidad contextual, entre otros aspectos. Esto podría incluir programas de formación para los docentes en técnicas de simulación, así como la revisión y adaptación de los escenarios para reflejar de manera más precisa el entorno clínico real.

6.4. Recomendaciones para la Mejora Continua

Mejorar la Capacitación de Docentes: Implementar programas de formación continua para docentes, enfocándose en técnicas de simulación clínica, para asegurar una enseñanza de alta calidad y la implementación efectiva de esta metodología.

Optimizar la Infraestructura: Aumentar los recursos y mejorar la infraestructura disponible para las actividades de simulación clínica, garantizando así un entorno adecuado y realista para el aprendizaje práctico.

Fomentar la Coordinación Interdisciplinaria: Establecer protocolos y fomentar la colaboración entre diferentes disciplinas de salud para asegurar una implementación efectiva y colaborativa de la simulación clínica.

Aumentar la Fidelidad de los Escenarios: Mejorar la fidelidad funcional y contextual de los escenarios de simulación, asegurando la disponibilidad de equipos adecuados y la participación de actores que representen roles de manera realista.

Promover la Mejora Continua: Implementar un enfoque de mejora continua, revisando y ajustando regularmente los escenarios de simulación para asegurar su relevancia y autenticidad.

En conclusión, los hallazgos encontrados a través de las encuestas de este estudio en relación con la experiencia de simulación tanto para docentes como estudiantes permitieron contar con valiosas evidencias para sustentar la mejora continua en el uso de la simulación como herramienta central para la adquisición de competencias en los estudiantes de la carrera y para la articulación de teoría y práctica. La integración efectiva de la simulación clínica en el plan de estudios es esencial para mejorar la preparación de los estudiantes y la calidad de la atención en salud, subrayando la importancia de continuar desarrollando y perfeccionando esta metodología educativa.

Capítulo 7. Conclusiones

Durante el desarrollo de esta investigación, se ha profundizado en la relevancia de integrar la simulación clínica en el plan de estudios de la Licenciatura en Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral (UNL FCM). Este estudio ha permitido identificar cómo la simulación clínica se ha convertido en una pieza fundamental dentro del panorama educativo, proporcionando una estrategia pedagógica sólida y altamente efectiva para el desarrollo integral de los estudiantes en el ámbito de la obstetricia.

Además de las percepciones positivas y el impacto tangible en el desarrollo de habilidades, es fundamental considerar la formación continua de los docentes en técnicas de simulación clínica. La calidad de la simulación depende en gran medida de la competencia y preparación de los instructores, lo que sugiere la necesidad de programas de capacitación regular y especializada para el cuerpo docente. Asimismo, la sostenibilidad de estos programas requiere una planificación cuidadosa de los recursos, incluyendo financiamiento, infraestructura y acceso a tecnología avanzada. La integración de la simulación clínica en el currículo no solo debe ser vista como una innovación pedagógica, sino como una estrategia sostenible y bien respaldada por políticas educativas nacionales e internacionales.

Futuras investigaciones podrían explorar la eficacia comparativa de diferentes modalidades de simulación y el impacto longitudinal en la práctica clínica de los egresados, proporcionando datos valiosos para la continua mejora de la educación en obstetricia.

Ante las restricciones sanitarias y la necesidad de distanciamiento social, la simulación clínica ha emergido como una herramienta fundamental para garantizar la continuidad de la educación en salud y la adquisición de habilidades prácticas en un entorno seguro. Esta herramienta innovadora ha permitido a los estudiantes desarrollar competencias esenciales, especialmente en el uso adecuado de elementos de protección personal,

preparándolos de manera óptima para enfrentar los desafíos cambiantes de la práctica obstétrica.

Este estudio ha demostrado que la simulación es una herramienta eficaz para la articulación entre teoría y práctica y la adquisición de competencias profesionales que se esperan desarrollar en los estudiantes. Evaluada a través del análisis de las percepciones y las listas de chequeo de evaluación de desempeño docente, la simulación clínica ha mostrado ser una estrategia didáctica crucial para la formación de los estudiantes de la Licenciatura en Obstetricia de la UNL FCM.

Como investigador, este trabajo ha reflejado el compromiso y dedicación al conocimiento del tema en el contexto específico de la Licenciatura en Obstetricia en nuestra región. Los hallazgos sugieren la necesidad de establecer estándares de calidad para esta carrera que incluyan la simulación clínica como parte integral del proceso educativo en obstetricia, conforme al perfil profesional establecido en los planes de estudio. Además, se subraya la importancia de la inclusión de la obstetricia en las carreras de acuerdo con el artículo 43 de la ley de Educación Superior de Argentina (Nro 24521) que establece que las carreras que pudieran comprometer el interés público poniendo en riesgo de modo directo la salud, la seguridad, los derechos, los bienes o la formación de las personas, deben ser evaluadas y acreditar su calidad periódicamente ante la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU).

En síntesis, los comentarios y sugerencias de los participantes subrayan el valor y la efectividad de la simulación clínica como una herramienta fundamental para el desarrollo de habilidades y competencias en los estudiantes de la Licenciatura en Obstetricia de UNL FCM. Estos aspectos positivos resaltan el compromiso de la institución y sus docentes con la excelencia académica y la formación integral de sus estudiantes. La valoración positiva de la simulación como estrategia didáctica refuerza su papel fundamental en la formación de profesionales competentes y capacitados en el área de la salud.

A modo de cierre, esta investigación ha proporcionado una visión detallada y completa del papel crucial de la simulación clínica en la formación de estudiantes de obstetricia, destacando su importancia para mejorar la calidad de la educación en salud y preparar de

manera óptima a los futuros profesionales para enfrentar los desafíos de la práctica obstétrica con confianza y competencia.

Glosario

Briefing/ (Prebriefing): Una sesión informativa celebrada antes del inicio de cualquier actividad en la que se dan las instrucciones o información preparatoria a los participantes.

El objetivo es doble: por un lado, una actuación segura, eficaz y de calidad y, por otro, facilitar la integración y cohesión de los diferentes miembros como equipo de trabajo.

Cognitivo: Se refiere a un dominio del aprendizaje que incluye conocimiento, comprensión, aplicación, análisis, síntesis y evaluación. El objetivo de aprender en este dominio es ayudar a que los participantes progresen a niveles más altos de aprendizaje para poder emitir juicios sobre el tema en cuestión.

Competencia: Combinación de un conocimiento medible, tareas y actitudes esenciales para la seguridad y calidad para el cuidado del paciente (Nursing, 2010).

Confianza en sí mismo (Autoconfianza): La creencia de que se puede realizar satisfactoriamente una conducta deseada, lo que equivale a la suposición de que el éxito se va a conseguir.

Confiabilidad: La consistencia de una medición o el grado en que un instrumento mide de la misma manera cada vez que se usa en las mismas condiciones con los mismos participantes. Es la repetibilidad de una medida. Una medición se considera confiable si los puntajes de una persona en el mismo examen dado dos veces son similares. La confiabilidad se puede determinar mediante un método de reexaminación o mediante la prueba de consistencia interna.

Debriefing: Actividad que sigue a una experiencia de simulación y que está dirigida por un facilitador/a participante de reflexión. Se fomenta el pensamiento, y se proporciona retroalimentación acerca del desempeño de los/as participantes, mientras se discuten los diversos aspectos de la simulación. Se anima, además, a los/as participantes, a explorar sus emociones, a preguntar dudas, reflexionar, y proporcionar información a los demás. El propósito del debriefing es avanzar hacia la asimilación y adaptación con el fin de transferir el aprendizaje a situaciones futuras.

Error: Es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto para la obtención del objetivo preestablecido o consecución del éxito deseado.

Escenario Clínico: Plan esperado y curso de los acontecimientos de una experiencia clínica simulada. El escenario clínico proporciona el contexto para la simulación y puede variar en longitud y complejidad, en función de los objetivos.

Evaluación Formativa: Evaluación en la que el foco del facilitador está en el progreso del participante hacia el logro de la meta a través de criterios preestablecidos; un proceso para un individuo o grupo involucrado en una actividad de simulación con el propósito de proporcionar feedback constructivo para que ese individuo o grupo mejore.

Evaluación Sumativa: Evaluación al final de un período de aprendizaje o en un momento específico en el que los participantes reciben feedback sobre su logro de resultados a través de criterios preestablecidos; Un proceso para determinar la competencia de un participante involucrado en una actividad de atención en salud. La evaluación del logro de los criterios de resultados puede estar asociada con una calificación asignada.

Evento adverso: Incidente que produce daño a un paciente.

Experiencia Clínica Simulada: La experiencia clínica simulada incluye el prebriefing, la situación clínica, y el debriefing. Es la parte simulada de un escenario clínico.

Habilidad psicomotriz: La capacidad para llevar a cabo movimientos físicos con eficiencia y eficacia, con rapidez y precisión. La habilidad psicomotora es más que la capacidad para realizar, incluye la capacidad para un buen desempeño, sin problemas, y siempre bajo condiciones variables, en los plazos adecuados.

In Situ: La simulación in situ es la que involucra entrenamiento en un sitio real donde se da comúnmente el cuidado del paciente (con alta fidelidad en el lugar clínico real), realizada en el área/entorno real de atención al paciente en el que, el personal de atención en salud normalmente se desarrolla para lograr un alto nivel de fidelidad.

Pensamiento Reflexivo: El compromiso de auto-monitoreo que se produce durante o después de una experiencia de simulación. Se considera un componente esencial del aprendizaje experiencial, promueve el descubrimiento de nuevos conocimientos con la intención de aplicar este conocimiento a situaciones futuras (Kolb, 1984).

Razonamiento clínico: La capacidad de recopilar y comprender datos al mismo tiempo que se recuerdan los conocimientos, habilidades (técnicas y no técnicas), y las actitudes acerca de una situación que se desarrolla. Tras el análisis, se pone en común toda la información, aplicada a las nuevas situaciones (Benner, 1987) (Alfaro-LeFever, 1995).

Reflexión guiada: Proceso utilizado por el facilitador durante el debriefing que refuerza los aspectos críticos de la experiencia y estimula el aprendizaje intuitivo, permitiendo que el participante asimile la teoría, la práctica y la investigación con el fin de influir en las acciones futuras (Nursing, 2010).

Seguridad del paciente: Atención de calidad proporcionada por el cuidado profesional de la salud con un enfoque en la prevención de daños a los pacientes.

Simulación clínica: La simulación clínica es un proceso dinámico que involucra la creación de una situación hipotética que incorpora una representación auténtica de la realidad, facilitando la participación activa del alumno e integrando las complejidades del aprendizaje práctico y teórico con oportunidades para la repetición, retroalimentación, evaluación y reflexión, sin el riesgo de causar daño al paciente (Bland,2011).

Validez: El grado en que una prueba mide lo que se supone que debe medir.

Bibliografía

- Abrahamson, S., & Denson, J. S. (1966). The development of "Sim One": A simulator for teaching anesthesia with computerized modeling of clinical problems. *Journal of Medical Education*, 41(7), 608-614.
- Adams, T., Keller, R., & Watson, J. (2017). High-fidelity simulation and the development of clinical judgment in nursing students. *Journal of Nursing Education*, 56(6), 347-352.
- Aircraft Training, Inc. (1935). The Link Trainer. Retrieved from <http://www.simulacionobsgin.com>.
- Albino, V. et al. (2008). Competencias clínicas en medicina: una propuesta desde la enseñanza basada en competencias. *Revista médica de Chile*, 136(7), 914-920.
- Alfaro-LeFevre, R. (1995). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment: A Practical Approach* (3rd ed.). W.B. Saunders Company.
- Armijo, O., Young, M., Neumann, M., Kramer, P., & Andrieu, M. (2008). El enfoque por competencias en la educación superior: Una alternativa a la enseñanza tradicional. *Revista de Docencia Universitaria*, 6(2), 1-17.
- Barry Issenberg, S. B., McGaghie, W. C., Petrusa, E. R., Gordon, D. L., & Scalese, R. J. (2005). Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Medical teacher*, 27(1), 10-28.
- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Prentice Hall.
- Benner, P. (1987). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Prentice Hall.
- Bland, A. J. (2011). Teaching Medical Students Clinical Anesthesia. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*, 11(5), 192–196.
- Boese, T., Cato, M., Gonzalez, L., Jones, A., Kennedy, K., Reese, C., ... & Borum, J. C. (2013). Standards of best practice: Simulation standard V: Facilitator. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(6), S22-S25.
- Boet, S. et al. (2016). Transfer of learning and patient outcome in simulated crisis resource management: a systematic review. *Canadian Journal of Anesthesia*, 63(2), 193-214.

- Bogne Kamdem, M., Bessières, P., Benoit, V., & Chevallier, B. (2021). Multidisciplinary simulation-based training in obstetrics: Focus on human factors and patient outcomes. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 43(5), 604-610.
- Brown, C. J., Smith, R. E., & Jones, M. E. (2020). The impact of role-playing in simulation-based learning. *Journal of Clinical Simulation*, 9(2), 112-118.
- Brown, D., Ellery, D., & Kinlin, L. (2020). Making Maternity More Real: Enhancing Midwifery Simulation through the Development of Authentic Learning Experiences. *Healthcare*, 8(4), 394.
- Cantillon, P., & Wood, D. (2009). ABC of learning and teaching in medicine: teaching large groups. *BMJ: British Medical Journal*, 328(7454), 37.
- Chen, J., Li, L., Zhou, L., Yan, X., & Li, X. (2019). Integration of Obstetric Simulation into Midwifery Education: A Systematic Review. *Nurse Education Today*, 79, 29-38.
- Cheng, A. et al. (2014). Conducting multicenter research in healthcare simulation: Lessons learned from the INSPIRE network. *Advances in Simulation*, 3(1), 6.
- Clark, M. et al. (2020). The power of cues: A mixed-methods study of the impact of visual, auditory and asynchronous cues on the resuscitation of critically ill children by medical students. *BMJ Simulation and Technology Enhanced Learning*, 6(5), 277-283.
- Decker, S., Fey, M., & Sideras, S. (2015). Standards of Best Practice: Simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 11(6), 272-275.
- Delors, J. (1996). La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI. Ediciones UNESCO.
- Díaz Barriga, F. (2006). El enfoque de competencias en la educación: ¿una alternativa o un disfraz de cambio?. *Perfiles Educativos*, 28(111), 7-36.
- Dieckmann, P. et al. (2009). Three perspectives on simulation-based medical education: what works and what does not?. *Clinical Simulation in Nursing*, 5(3), e79-e86.
- Dieckmann, P. et al. (2017). Simulation settings for learning in acute medical care: a systematic review. *Simulation in Healthcare*, 12(1), 14-23.

- Dieckmann, P., Gaba, D., & Rall, M. (2007). Deepening the theoretical foundations of patient simulation as social practice. *Simulation in Healthcare*, 2(3), 183-193.
- Dieckmann, P., Gaba, D., & Rall, M. (2012). Deepening the theoretical foundations of patient simulation as social practice. *Simulation in Healthcare*, 2(3), 183-193.
- Dieckmann, P., Torgeirsen, K., Qvindesland, S. A., Thomas, L., Bushell, V., & Langli Ersdal, H. (2020). The use of simulation to improve obstetric care: Current perspectives. *Simulation in Healthcare*, 15(6), 372-378.
- Draycott, T., Sibanda, T., & Owen, L. (2006). Does training in obstetric emergencies improve neonatal outcome? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(2), 177-182.
- Dreifuerst, K. T. (2012). The essentials of debriefing in simulation learning: A concept analysis. *Nursing Education Perspectives*, 33(6), 368-373.
- Dreyfus, H. L., & Dreyfus, S. E. (1996). *Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. Simon and Schuster.
- Eppich, W. et al. (2015). Structuring feedback and debriefing to achieve mastery learning goals. *Academic Medicine*, 90(11), 1501-1508.
- Fernandez, N., Noble, L. M., & Kovach, R. A. (2021). Integrating simulation in medical education to improve critical thinking skills. *Journal of Clinical Simulation in Nursing*, 16(4), 89-95.
- Fernandez, R. et al. (2021). Desarrollo de competencias a través de la simulación en la formación de estudiantes de enfermería: Una revisión integradora. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3411.
- Fey, M. K., & Jenkins, L. S. (2014). Debriefing practices in nursing education programs: Results from a national study. *Nursing Education Perspectives*, 35(5), 304-310.
- Gaba, D. M. (2004). The future vision of simulation in health care. *Quality and Safety in Health Care*, 13(suppl 1), i2-i10.
- Gaba, D. M. (2007). The role of debriefing in simulation-based learning. *Simulation in Healthcare*, 2(2), 115-125.

- García, C. A. et al. (2018). Noise levels in a neonatal intensive care unit: an observational study. *Biomedical Engineering Online*, 17(1), 48.
- García, J., Barea, J., & Álvarez, M. (2018). Simulation-based learning in nursing education. *Nurse Education Today*, 63, 50-55.
- García, M. R. et al. (2022). Development and Validation of the Simulation-Based Assessment Tool for Emergency Medicine. *Western Journal of Emergency Medicine*, 23(3), 696-703.
- Garg, A. X., Norman, G. R., & Sperotable, L. (2018). How medical students learn spatial anatomy. *The Lancet*, 357(9253), 363-364.
- Gavin, N., & Satin, A. J. (2017). Simulation training in obstetrics and gynecology: Past, present, and future. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 60(1), 114-128.
- Gomez, T., Anderson, M., & Wallenstein, J. (2017). Faculty and Student Perceptions of Clinical Simulation: A Comparative Analysis. *Nurse Education Today*, 55, 50-55.
- Gordon, C. J. et al. (2018). The nature and implications of support in debriefing: A grounded theory study. *Advances in Simulation*, 3(1), 1-10.
- Hayes, S., O'Brien, P., & Murphy, M. (2018). Simulation as a tool for enhancing clinical education in nursing. *Journal of Nursing Education*, 57(12), 722-728.
- Hunt, E. A. et al. (2021). *Essentials of Simulation-Based Education and Research*. Springer.
- Hunt, E. A., Heine, M., & Hohenhaus, S. M. (2021). The role of simulation in obstetrics and gynecology education. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 48(3), 451-466.
- INACSL Standards Committee (2013). Standards of Best Practice: Simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(6S), S3-S6.
- INACSL Standards Committee (2023). Standards of Best Practice: Simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(12), 681-687.
- Issenberg, S. B. (2005). Simulation in Health Care Education: An Extensive History. *Simulation & Gaming*, 37(1), 1-4.
- Issenberg, S. B. et al. (2015). Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Medical Teacher*, 27(1), 10-28.

- Issenberg, S. B., McGaghie, W. C., Hart, I. R., Mayer, J. W., Felner, J. M., Petrusa, E. R., ... & Gordon, D. L. (1999). Simulation technology for health care professional skills training and assessment. *JAMA*, 282(9), 861-866.
- Issenberg, S. B., McGaghie, W. C., Petrusa, E. R., Lee Gordon, D., & Scalese, R. J. (2005). Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Medical Teacher*, 27(1), 10-28.
- Jeffries, P. R. (2005). A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. *Nursing Education Perspectives*, 26(2), 96-103.
- Johnson, G., & Smith, R. (2021). Enhancing patient safety through simulation-based education. *Journal of Patient Safety*, 17(4), 238-244.
- Johnson, R. B., & Christensen, L. (2014). *Educational Research: Quantitative, Qualitative, and Mixed Approaches*. Sage Publications.
- Jones, A., Williams, S., Meade, O., & Hammond, A. (2018). The Use of Simulation to Enable Teaching and Learning in Obstetric Undergraduate Education: A Realist Review. *Nurse Education Today*, 67, 1-8.
- Jones, F., Passos-Neto, C. E., & Braghiroli, O. F. M. (2020). Simulation in medical education: Brief history and methodology. *Principles and Practice of Clinical Research*, 6(2), 56-63.
- Jones, J. et al. (2023). TeamSTEPPS to improve patient safety in obstetrics: A narrative review. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 37(1), 68-76.
- Jones, T., & Brown, C. (2019). Managing noise and distractions in the pediatric intensive care unit: A family-centered approach. *Critical Care Nurse*, 39(6), e1-e9.
- Kardong-Edgren, S. et al. (2019). Research Priorities in Healthcare Simulation Education: A Modified Delphi Study. *Nursing Education Perspectives*, 40(3), 170-176.
- Kim, J., Park, J. H., & Shin, S. (2016). Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: a meta-analysis. *BMC Medical Education*, 16(1), 152.
- Kneebone, R. (2003). Simulation in surgical training: educational issues and practical implications. *Medical Education*, 37(3), 267-277.

- Kneebone, R., Kidd, J., Nestel, D., Asvall, S., Paraskeva, P., & Darzi, A. (2002). An innovative model for teaching and learning clinical procedures. *Medical Education*, 36(7), 628-634.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Prentice-Hall.
- La Fond, C. M. (2017). Effectiveness of simulation-based learning for improving the critical thinking and clinical decision-making of new graduate nurses. *Journal of Nursing Education*, 56(5), 283-290.
- Lateef, F. (2010). Simulation-based learning: Just like the real thing. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 3(4), 348.
- Lavelle, M., Attoe, C., Tritschler, C., & Cross, S. (2018). Managing medical emergencies in obstetrics (MEMO): A multidisciplinary simulation training programme. *British Medical Journal*, 42(3), 113-119.
- Lee, S., Kim, S., & Park, J. H. (2021). Effects of High-Fidelity Simulation-Based Training on Obstetric Emergency Knowledge, Self-Efficacy, and Clinical Competence. *Nurse Education Today*, 99, 104775.
- Leotsakos, A., Zheng, H., Croteau, R., Loeb, J. M., Sherman, H., Hoffman, C., ... & Mitchell, P. (2014). Standardization in Patient Safety: The WHO High 5s Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(4), 381-387.
- Levet-Jones, T. et al. (2010). The development and psychometric testing of the Clinical Learning Environment Inventory. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1371-1380.
- Levett-Jones, T. et al. (2011). Exploring the information and communication technology competence and confidence of nursing students and their perception of its relevance to clinical practice. *Nurse Education Today*, 31(7), e1-e7.
- Lombard, C. J. (2017). *Patient Safety in Health Care Management*. CRC Press.
- McGaghie, W. C., Issenberg, S. B., Petrusa, E. R., & Scalese, R. J. (2010). A critical review of simulation-based medical education research: 2003-2009. *Medical Education*, 44(1), 50-63.
- McGovern, S. K., Laprise, R., Risser, D. T., Schaefer, J. J., & Greenwalt, J. (1994). Simulation in health care: A community perspective. *Simulation*, 62(2), 77-86.

- Miller, G. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 65(9 Suppl), S63-S67.
- Motola, I. et al. (2013). Simulation in healthcare education: A best evidence practical guide. AMEE Guide No. 82. *Medical Teacher*, 35(10), e1511-e1530.
- Mullan, P. C. et al. (2022). A structured debriefing framework to maximize the educational value of pediatric emergency department simulation. *Cureus*, 14(1), e21145.
- Nursing Education, Simulation, and Research. (2010). In *Nursing Education Perspectives* (Vol. 31, No. 5, pp. 321–322). National League for Nursing.
- Okuda, Y., Bryson, E. O., DeMaria, S., Jacobson, L., Quinones, J., Shen, B., & Levine, A. I. (2009). The utility of simulation in medical education: what is the evidence?. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 76(4), 330-343.
- Ortiz, R. (1999). *La simulación en la enseñanza de la medicina: De los trapos a los robots*. Universidad de la República, Montevideo.
- Palaganas, J. C., Maxworthy, J. C., Epps, C. A., & Mancini, M. E. (2015). *Defining Excellence in Simulation Programs*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Pales, J., & Gomar, C. (2010). The role of simulation in the education of healthcare professionals. *Journal of Health Education Research & Development*, 29(2), 133-139.
- Pangaro, L., & ten Cate, O. (2013). Frameworks for learner assessment in medicine: AMEE Guide No. 78. *Medical Teacher*, 35(6), e1197-e1210.
- Patel, R., & Patel, R. (2019). Simulation-Based Medical Education in Obstetrics and Gynecology. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 144(1), 129-133.
- Poikkeus, T., Saarinen, T., & Lundgren-Laine, H. (2018). High Reliability and Safety in Healthcare: A Review. *Journal of Patient Safety*, 14(3), e60-e66.
- Posner, G. D., Strike, P., Hewson, P. W., & Gertzog, W. A. (1982). Accommodation of a scientific conception: Toward a theory of conceptual change. *Science education*, 66(2), 211-227.
- Reason, J. (1990). *Human Error*. Cambridge University Press.

- Rivera, A. (2018). History and evolution of simulation in healthcare education. *Journal of Medical Simulation*, 6(1), 45-52.
- Rodríguez-Herrera, M. Á., et al. Propuesta de estándares para la práctica de la simulación clínica en la educación en enfermería.
- Rudolph, J. W. et al. (2006). Simon says: a method for evaluating the quality of clinical decision making. *Simulation in Healthcare*, 1(4), 196-203.
- Rudolph, J. W. et al. (2007). Setting the scene: the use of scenario-based learning to foster critical thinking skills. In *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare* (Vol. 2, No. 4, pp. 210-217). Lippincott Williams & Wilkins.
- Rudolph, J. W. et al. (2014). Debriefing with good judgment: Combining rigorous feedback with genuine inquiry. *Anesthesiology Clinics*, 32(1), 21-29.
- Rudolph, J. W. et al. (2020). There's no such thing as "nonjudgmental" debriefing: a theory and method for debriefing with good judgment. *Simulation in Healthcare*, 15(1), 1-5.
- Rudolph, J. W., Simon, R., Dufresne, R. L., & Raemer, D. B. (2006). There's No Such Thing as "Nonjudgmental" Debriefing: A Theory and Method for Debriefing with Good Judgment. *Simulation in Healthcare*, 1(1), 49-55.
- Rudolph, J. W., Simon, R., Dufresne, R. L., & Raemer, D. B. (2007). There's no such thing as "nonjudgmental" debriefing: a theory and method for debriefing with good judgment. *Simulation in Healthcare*, 2(3), 161-167.
- Salas, E., Rosen, M. A., Held, J. D., & Weissmuller, J. J. (2009). Performance measurement in simulation-based training: a review and best practices. *Simulation & Gaming*, 40(3), 328-376.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, P. B. (2018). *Metodología de la Investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Education.
- Santos, J. et al. (2018). Using the Kawa model to understand the nature of mental health service users' problems and support needs: a systematic review. *British Journal of Occupational Therapy*, 81(5), 271-279.
- Satava, R. M. (2001). Surgical education and surgical simulation. *World Journal of Surgery*, 25(11), 1484-1489.

- Satin, A. J. (2018). Simulation in obstetrics and gynecology. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 45(3), 409-419.
- Sawyer, T. et al. (2016). More Than One Way to Debrief: A Critical Review of Healthcare Simulation Debriefing Methods. *Simulation in Healthcare*, 11(3), 209-217.
- Schiff, G. D., Bates, D. W., & Singh, H. (2014). Reducing Diagnostic Errors through Effective Communication: Harnessing the Power of Information Technology. *Journal of General Internal Medicine*, 29(2), 288-295.
- Schuwirth, L. W. T., & van der Vleuten, C. P. M. (2020). Programmatic assessment: from assessment of learning to assessment for learning. *Medical Journal of Australia*, 213(S11), S9-S14.
- Shiavenato, M. (1988). Simulation in healthcare education: An ethical imperative. *Journal of Medical Ethics*, 14(3), 163-169.
- Smith, C. M., Allan, T., & Simpson, A. (2015). DASH (Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare): an assessment tool for debriefing in medical simulation. *Medical Teacher*, 37(5), 484-488.
- Smith, C. M., Hagedorn, P. A., & Ladewig, P. A. (2018). The impact of simulation-based education on maternal and neonatal outcomes. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 63(4), 509-515.
- Smith, C. M., Hagedorn, P. A., & Ladewig, P. A. (2020). The impact of simulation-based education on maternal and neonatal outcomes. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(4), 505-511.
- Smith, J., Jones, R., & Brown, C. (2018). Simulation training improves obstetric outcomes: A review of the evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 47(3), 361-367.
- Smith, M. A. et al. (2015). Debriefing assessment for simulation in healthcare (DASH)© tool development and psychometric validation. *Simulation in Healthcare*, 10(6), 331-343.
- Smith, M. A., Meaux, J. B., Lenchus, J. D., & Kubiak, D. W. (2020). Strategies for Effective Medical Education: A Primer in Education Theory and Philosophy. *Clinical and Translational Medicine*, 10(1), 1-10.

- Smith, P. J. et al. (2017). Noise level and distractions in the operating room: impact on patient outcomes. *American Journal of Surgery*, 213(4), 768-775.
- Smith, P. J. et al. (2018). The role of video in simulation and team training: a systematic review. *Advances in Simulation*, 3(1), 1-14.
- Smith, P. J. et al. (2019). Fundamental Concepts in Simulation Design. In: *Comprehensive Healthcare Simulation: Pediatrics* (pp. 29-53). Springer.
- Smith, R. J., Dollase, R., & Boss, M. (2019). The impact of high-fidelity simulation on medical education: An integrative review. *Journal of Medical Simulation*, 22(1), 45-52.
- Smith, S. J., Dolan, M. J., & Collins, J. P. (2017). Clinical Simulation in Medical Education. *Medical Education Journal*, 51(5), 425-435.
- SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (SLACIP). (2017). *Manual de Simulación Clínica*.
- Standards Committee Association for Clinical Simulation and Learning (2016). *INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM*. *Clinical Simulation in Nursing*, 12, S1-S50.
- Stubrin, S. B., & Díaz Barriga, F. (2013). Modelos educativos en la enseñanza de la medicina. *Educación Médica*, 16(1), 42-51.
- Urra Medina, E. et al. (2012). Formación en simulación clínica en pregrado y posgrado en España: reflexiones y recomendaciones. *Medicina Intensiva*, 36(5), 340-349.
- Urra Medina, E., Sánchez, M. T., & González, J. L. (2017). Simulation in health sciences education: An overview. *Journal of Medical Education*, 21(3), 237-245.
- Valencia, R. R. (2000). La Triangulación Analítica: Estrategia Metodológica y Técnica de Investigación Científica en Ciencias Sociales. *Estudios Sociológicos*, 18(52), 375-404.
- Villarreal, G., & Morán, V. (2016). La simulación clínica en la educación médica: Una revisión de sus aplicaciones y beneficios. *Educación Médica*, 17(2), 123-130.
- Wang, H., Chen, S., & Wang, S. (2018). The Effectiveness of Simulation-Based Learning on Obstetric Basic Emergency Skills: A Quasi-Experimental Study. *Nurse Education Today*, 62, 96-101.

- White, M. L., Jones, L. S., & Watkins, S. L. (2016). Exploring the Role of Simulation-Based Education in Midwifery Practice: A Systematic Review. *Nurse Education Today*, 45, 1-10.
- Williams, K. N., & Brown, L. L. (2019). The use of simulation to improve nursing education and practice. *Journal of Nursing Education*, 58(2), 84-91.
- World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. WHO Press.
- Ziv, A. et al. (2003). Simulation-based medical education: an ethical imperative. *Academic Medicine*, 78(8), 783-788.
- Ziv, A., Small, S. D., & Wolpe, P. R. (2003). Patient safety and simulation-based medical education. *Medical Teacher*, 25(5), 489-495.
- Ziv, A., Wolpe, P. R., Small, S. D., & Glick, S. (2003). Simulation-based medical education: an ethical imperative. *Simulation in Healthcare*, 78(8), 783-788.

Anexos

Anexo 1

Consentimiento informado

La presente investigación sobre la simulación clínica en la Licenciatura en Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral se lleva a cabo bajo estrictos principios éticos que garantizan el respeto y la integridad de los participantes involucrados en el estudio.

En este sentido, se han establecido los siguientes resguardos éticos:

Consentimiento Informado: Antes de participar en cualquier actividad relacionada con la investigación, todos los participantes serán debidamente informados sobre los objetivos, procedimientos y posibles riesgos asociados al estudio. Se solicitará su consentimiento informado de manera voluntaria y libre de coerción.

Confidencialidad: Se garantizará la confidencialidad de la información recopilada durante el desarrollo del estudio. Todos los datos personales y cualquier información sensible serán tratados de manera confidencial y solo se utilizarán con fines de investigación.

Protección de Datos: Se cumplirá con todas las regulaciones y normativas aplicables en materia de protección de datos personales, asegurando la seguridad y privacidad de la información recopilada durante el estudio.

Bienestar de los Participantes: Se tomarán todas las medidas necesarias para proteger el bienestar físico, emocional y psicológico de los participantes. Se evitará cualquier forma de daño, malestar o perjuicio derivado de su participación en el estudio.

Declaración de Conflicto de Intereses: Se realizará una declaración transparente de cualquier conflicto de intereses por parte de la investigadora en el estudio que puedan influir en los resultados o interpretaciones del mismo.

Estos resguardos éticos aseguran la integridad y validez de la investigación, así como el respeto y protección de los derechos y bienestar de los participantes involucrados en el estudio de simulación clínica en la Licenciatura en Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral.

Doy mi consentimiento a la participación.

Entrevista Nro:.....

Firma:.....

Fecha:.....

Anexo 2

Cuestionario a docentes que realizan simulación clínica LOB

Estimado docente: previa lectura completa de cada pregunta, sírvase contestar de acuerdo a lo que cree y siente. Su aporte claro y sincero ayudará a mejorar las prácticas de simulación clínica. La encuesta es anónima, no obstante, si requiere una respuesta o espera una devolución de alguna intervención particular, puede firmar la misma y poner su mail de contacto en la última parte del cuestionario.

¡Muchas Gracias!

1. Por favor, seleccione la categoría de edad a la que pertenece

25-30 años

31-35 años

36-40 años

41-45 años

46-50 años

51-55 años

2. ¿En qué año universitario se encuentra como docente realizando simulación clínica?

Segundo año

Tercer año

Cuarto año

Quinto año

Capacitación del docente en simulación

3. ¿Cuán importante es el conocimiento de la práctica profesional para el diseño y desarrollo de la simulación?

Importante

Muy importante

4. En qué temas relacionados a la Simulación Clínica, le interesaría capacitarse. De ser afirmativo indique cual o cuales serían los temas de interés.

Emergencia obstétrica

Estrategias de formación docente en simulación

Instructorado en simulación clínica

Simulación interprofesional

Otros

5. ¿Qué nivel de tecnología en simulación realiza?

Tecnología baja

Tecnología intermedia

Tecnología alta

Diseño del escenario docente

6. ¿Se retomaron o desarrollaron contenidos previos a la simulación?

- Sí

- No

- Tal vez

7. ¿Qué se tuvo en consideración en el momento de desarrollar el caso clínico?

(Texto de respuesta larga)

- N° de estudiantes

- Articulación de contenidos abordados previamente

- Objetivos de la asignatura

- Simulador disponible

- Tiempos del escenario

- Espacio disponible

8. ¿Se realiza una descripción de la actividad, sus objetivos y sus alcances con los estudiantes previo al desarrollo? ¿Qué elementos se tuvieron en cuenta para el diseño del caso clínico? (Texto de respuesta larga)

Sí

No

9. En función de qué elementos, usted selecciona la situación a simular. Ej: distocia de hombros, hemorragia postparto, parto eutócico.

Frecuencia de la práctica profesional

Competencias profesionales

Acuerdo de la asignatura

Ciclo que cursa

10. ¿Se realiza una descripción de la actividad, sus objetivos y sus alcances con los estudiantes previo al desarrollo? ¿Qué elementos se tuvieron en cuenta para el diseño del caso clínico? (Texto de respuesta larga)

Sí

No

11. ¿Cuán realista considera que es el escenario donde se desarrolla la simulación?

Regular

Suficientemente realista

Muy realista

Sumamente realista

12. Cuenta con un instrumento para evaluar el desarrollo de habilidades y destrezas. De ser afirmativo, ¿Qué tipo de instrumento utiliza? (Texto de respuesta larga)

Sí

No

13. En relación al debriefing que preguntas utiliza habitualmente para la reflexión guiada. (Texto de respuesta larga)

Evaluación del desarrollo e implementación del escenario

14. Fue necesario desarrollar el escenario más de una vez. De ser afirmativo especifique el objetivo. (Texto de respuesta larga)

Sí

No

Consideraciones Finales

15. ¿Cuán satisfactoria considera que fue la experiencia docente en simulación clínica?

Suficientemente satisfactoria

Satisfactoria

Muy satisfactoria

16. ¿Consideras que la simulación clínica es una herramienta útil en la articulación de teoría y práctica? (Texto de respuesta larga)

17. ¿Realiza usted instancias de simulación para la Educación Interprofesional con estudiantes de dos o más carreras del área de la salud?

Sí

No

18. ¿Conoce usted la importancia de la simulación para la Educación Interprofesional para la formación de equipos de salud?

Sí

No

Tal vez

Anexo 3

Cuestionario a estudiantes

Calidad y satisfacción de simulación clínica LOB

Estimado estudiante: previa lectura completa de cada pregunta, sírvase responder de acuerdo a lo percibido en la simulación clínica que participó. Su aporte claro y sincero ayudará a mejorar éste y otros escenarios. La encuesta es anónima, no obstante, si requiere una respuesta o espera una devolución de alguna intervención particular, puede firmar la misma y poner su mail de contacto en la última parte del cuestionario.

¡Muchas Gracias!

1. ¿Cuál es tu género?

Mujer

Hombre

Prefiero no decirlo

Otros

2. Por favor, selecciona la categoría de edad a la que perteneces.

18 años

18-25 años

25-35 años

35 años y más

Otros

3. ¿En qué año universitario te encuentras?

Primer año

Segundo año

Tercer año

Cuarto año

Quinto año

PFO

Experiencia y percepciones durante la simulación:

4. ¿Cuán satisfactoria consideras que fue la experiencia en simulación?

Insatisfactoria

Regular

Satisfactoria

Muy satisfactoria

No responde

5. ¿Cuán realista consideras el escenario donde se desarrolla la simulación?

Nada realista

Poco realista

Realista

Muy realista

No responde

6. En tu opinión, ¿Cuánto ha mejorado tus habilidades técnicas la experiencia con simulación?

Nada

Poco

Mucho

7. ¿Qué valor le das a la simulación como estrategia didáctica para el aprendizaje?

Nada valor

Poco valor

Mucho valor

8. ¿Consideras que los casos simulados se adaptaron a los conocimientos teóricos desarrollados en la asignatura?

No

Sí

Tal vez

9. ¿Qué contenidos pudiste resignificar en la situación de simulación? Menciona al menos tres. (Respuesta abierta)

10. ¿Consideras que la simulación te ha ayudado a integrar teoría y práctica?

Sí

No

11. ¿Los talleres han motivado tu aprendizaje?

Sí

No

Utilidad y percepciones adicionales:

12. ¿Piensas que, en simulación, es útil ver las propias actuaciones grabadas?

- Sí

- No

- No lo sé

13. ¿Consideras que la duración de la situación simulada es adecuada?

Sí

No

Tal vez

14. ¿Te parece que la simulación promueve la comunicación entre los miembros del equipo? (Respuesta abierta)

D. Valoración general y retroalimentación:

15. ¿En general, la experiencia con simulación clínica ha sido?

- Insatisfactoria

- Poco satisfactoria

- Satisfactoria

- Muy satisfactoria

- No responde

16. ¿Cómo calificarías la información recibida del escenario?

Insuficiente

Poco suficiente

Suficiente

17. ¿Cuál fue tu nivel de confianza para expresar pensamientos y emociones durante la simulación clínica?

Nada confiado

Poco confiado

Muy confiado

18. ¿Sentiste alguna incomodidad emocional durante la simulación clínica?

Sí

No

Tal vez

19. A modo de consideración final, ¿tienes alguna opinión que quieras hacernos llegar sobre esta experiencia o alguna pregunta que crees que deberíamos haber realizado?

(Respuesta abierta)

Anexo 4

Grilla para la evaluación de desempeño docente en Simulación Clínica

Fecha y hora:

Escenario:

Instrucciones: A continuación, se enuncian una serie de aspectos relacionados con la metodología, elementos de didácticas, técnicas de evaluación, etc.

Marque con un X lo que corresponda.

1. Deficiente
2. Regular
3. Bueno
4. Muy Bueno
5. Excelente

	Aspecto Observado	1	2	3	4	5
	Metodología docente					
1.	Se aprecia una adecuada planificación de los contenidos y actividades previo al desarrollo de la Simulación Clínica.					
2.	El marco teórico y la bibliografía recomendada es la adecuada para el caso clínico a simular.					
3.	Se da la bienvenida, se explican los objetivos de aprendizaje con claridad.					
4.	Se explican los supuestos básicos en el pre- briefing					
5.	El docente propicia un clima de confianza previo al desarrollo de la Simulación Clínica.					

	Aspecto Observado	1	2	3	4	5
	Metodología docente					
6.	Describe las características del simulador y del ambiente					
7.	Establece y explica detalladamente lo que es el contrato de ficción.					
8.	Brief del escenario: se dan adecuadamente las instrucciones acerca del escenario a desarrollar.					
9.	La asignación de los roles es clara y se relaciona con el contenido impartido previamente.					
10.	El escenario se desarrolla de acuerdo a lo planificado.					
11.	El tipo de debriefing utilizado fue claro.					

Anexo 5

Normas de comportamiento en el centro de simulación y entrenamiento interprofesional en salud

En el Centro de Simulación (CS) se desarrollan actividades que recrean entornos clínicos, de allí que se espera que el comportamiento y la presentación de docentes, administrativos y estudiantes sea concordante con las normativas de bioseguridad y las de confort de pacientes y personal. **POR ELLO SE DEBE CUMPLIR LO SIGUIENTE:**

Espere en la sala de recepción del CS, hasta que el personal del centro o el docente autorice su ingreso.

Respete los horarios de ingreso y salida a las actividades.

Los bolsos y objetos personales deben dejarse en el lugar que se les indique, antes de la entrada a las salas de simulación

Está prohibido entrar con bebidas, alimentos de cualquier clase y fumar dentro del CS.

Use guardapolvo, ambo o la vestimenta de bioseguridad requerida para la práctica simulada.

Toda manipulación de simuladores debe ser con guantes, descártelos en los lugares indicados antes de salir del centro

Evite el uso de joyas en las manos durante las prácticas.

Los celulares deben permanecer apagados o en modo avión, pues las ondas generan interferencia con los modelos electrónicos de los simuladores.

Solo se permite el ingreso de portaminas o lápices de mina. **NUNCA** ingresar, ni utilizar bolígrafos, marcadores o cualquier otro producto con tinta cerca de los simuladores.

Queda estrictamente prohibido fotografiar, filmar y/o grabar con medios propios de los estudiantes o docentes la actividad del CS (las filmaciones se rigen por normativas de ética y se realizan con medios propios del centro, por lo cual se requiere su autorización para la difusión).

ASISTA A LAS ACTIVIDADES DEL CENTRO CON UN PAR DE GUANTES DESCARTABLES PARA SU USO PERSONAL.

Acuda a su primera actividad de simulación con una copia impresa del acuerdo de confidencialidad de información del CS.

Utilice racionalmente los recursos del CS, recuerde que al hacerlo cuida un bien que le pertenece a toda la comunidad de la FCM-UNL.

Anexo 6

Acuerdo de confidencialidad de la información del Centro de Simulación y Entrenamiento Interprofesional en Salud



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL CENTRO DE SIMULACIÓN Y ENTRENAMIENTO INTERPROFESIONAL EN SALUD SESIONES DE SIMULACIÓN

Usted será parte de actividades de simulación diseñadas pensando en el logro de objetivos cognitivos, procedimentales y actitudinales, y en ellas se utilizará escenarios que serán también usados en futuras actividades docentes con otros participantes. Durante el desarrollo de la sesión de simulación usted observará el desempeño de otros individuos en el manejo de eventos clínicos, como participantes de los escenarios de simulación.

Se le solicita que mantenga estricta confidencialidad tanto en relación a los desempeños de individuos en particular, del grupo de participantes y docentes, así como en relación a los detalles de los escenarios y las actividades realizadas.

Por medio de la siguiente firma, usted confirma que ha leído y comprendido la aseveración anterior y que está de acuerdo con mantener estricta confidencialidad sobre cualquier observación que usted pudiera hacer respecto del desempeño de cualquiera de los individuos que tuvo participación en los escenarios.

Nombre y Apellido

Firma

Fecha

Anexo 7

Consentimiento para registros en video y fotografías

Yo autorizo a los instructores a realizar registros de audio, video o fotográficos durante estas sesiones de simulación. Comprendo que, a menos que sea expresamente autorizado por mí, no seré identificado por nombre, y que los registros serán utilizados sólo con fines de instrucción educacional, presentaciones educacionales y para asegurar la calidad de los procesos.

Nombre y Apellido

Firma

Fecha

Anexo 8

I Taller de habilidades control de temperatura axilar

Lista de cotejo (checklist)

Objetivo del taller	Controlar temperatura según material de referencia de la asignatura.
Objetivos específicos	Respetar normas de bioseguridad Registrar valores obtenidos
Requerimientos Usuario	Pcte. estandarizado, alcoholen gel, termómetro digital, torundas de algodón, alcohol al 70%, bandeja, bolsa roja, hojas de registro, lapicera.

Pautas de seguimiento para control de signos vitales

Pautas de Seguimiento y Lista de Chequeo para Control de Signos Vitales

Asignatura Práctica: Profesional II

Docente Responsable: [Nombre del Docente]

Estudiante: [Nombre del Estudiante]

Evaluador: [Nombre del Evaluador]

Fecha de Realización: [Fecha]

Objetivo General:

Controlar presión arterial y pulso según material de referencia de la asignatura.

Objetivo Específico:

- Respetar normas de bioseguridad.
- Registrar valores obtenidos correctamente.

Requerimientos:

- Usuario simulado

- Estetoscopio
- Esfigmomanómetro
- Reloj
- Torundas de algodón
- Alcohol en gel
- Alcohol al 70%
- Bandeja
- Hojas de registro
- Bolígrafo
- Bolsa roja

Lista de Chequeo:

Control de Constantes Vitales	Logrado	No Logrado	Observación
Se lava las manos al inicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prepara material:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Bandeja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Torundas de algodón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Estetoscopio y esfigmomanómetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Reloj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Alcohol en gel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Control de Constantes Vitales	Logrado	No Logrado	Observación
- Alcohol al 70%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Hojas de registro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Bolígrafo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Bolsa roja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coloca el manguito dos traveses de dedos sobre el pliegue del codo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Palpa pulsos para localizar arterias (radial y braquial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Insufla el manguito de acuerdo al pulso radial percibido y 20 mmHg. Por encima de la ausencia del mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coloca la membrana del estetoscopio en el lugar adecuado (arteria braquial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abre la válvula del rubinete y desinfla el manguito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Percibe presión arterial sistólica y diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Retira el manguito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Control de Constantes Vitales	Logrado	No Logrado	Observación
Limpia la membrana del estetoscopio y olivas con torundas de algodón y alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Desecha en bolsa roja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se lava las manos al final	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Registra presión arterial sistólica y diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pulso: Ubica adecuadamente la arteria para tomar pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Palpa la arteria con la punta de dos o tres dedos medios suavemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiene en cuenta las características del pulso (frecuencia, ritmo, amplitud y elasticidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cuenta la frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Registra los resultados en la planilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Observaciones:

[Incluir aquí cualquier observación relevante o instrucciones adicionales para la realización de la práctica]

Firma del Estudiante: _____

Firma del Evaluador: _____

Esta lista de chequeo integrada con las pautas de seguimiento proporciona una guía completa para la realización efectiva del control de signos vitales en la práctica clínica

Anexo 9

Escenario alta fidelidad

A continuación, se presenta un ejemplo detallado de un escenario de simulación centrado en un parto distócico:

Nombre del autor: Lic. Ducasse Andrea

Fecha: 22 de enero de 2024

Hardware y software requeridos: Simulador de parto, maniquí de paciente obstétrico, monitores fetales, simulador de contracciones uterinas.

Título del caso: "Parto vaginal con distocia de hombros"

Diagnóstico y pronóstico del caso: María José primigesta de 17 años, cursando la semana 41 que ingresa en período expulsivo. Se espera una distocia de hombros durante la salida del feto.

Público objetivo: Estudiantes de Lic. en Obstetricia en su último año de formación.

Racionalidad del escenario: El objetivo es entrenar a los estudiantes en el manejo de una emergencia obstétrica común, garantizando la seguridad materno-fetal.

Objetivos de aprendizaje:

Reconocer los signos de una distocia de hombros.

Aplicar maniobras obstétricas para resolver la distocia.

Comunicarse eficazmente con el equipo interprofesional durante una emergencia obstétrica.

Manejar adecuadamente el estrés y la presión durante situaciones críticas.

Prerrequisitos y preguntas de estudio: Revisión previa de la anatomía pélvica y de las maniobras para resolver la distocia de hombros.

Instrumentos de evaluación: Lista de cotejo para la ejecución de las maniobras obstétricas, preguntas de reflexión post-simulación.

Lista de equipos: Simulador de parto con maniquí obstétrico, simulador de contracciones uterinas, equipo de monitorización fetal.

Eventos del escenario:

Inicio del trabajo de parto.

Distocia de hombros durante la salida del feto.

Aplicación de maniobras de resolución de la distocia.

Evaluación del bienestar fetal.

Finalización del parto.

Información para el seteo inicial: Establecer parámetros vitales normales para la paciente y el feto al inicio del escenario.

Guion del caso para el instructor: Instrucciones detalladas sobre la secuencia de eventos y las acciones esperadas de los estudiantes.

Materiales de apoyo: ecografía obstétrica actualizada, guía de referencia rápida sobre manejo de distocia de hombros.

Preguntas para el debriefing:

¿Cuáles fueron los signos de alerta de la distocia de hombros?

¿Cómo se sintieron al enfrentar esta emergencia obstétrica?

¿Qué aspectos de la comunicación en equipo fueron efectivos?

Referencias y enlaces de interés: Guías de práctica clínica sobre manejo de distocia de hombros, artículos científicos recientes sobre simulación en obstetricia.

Este ejemplo ilustra cómo se puede diseñar un escenario de simulación en obstetricia siguiendo las recomendaciones de las guías STROBE y MERSQI, integrando la teoría con la práctica para mejorar el aprendizaje de los estudiantes de Lic. en Obstetricia.

Lista de chequeo parto vaginal con distocia de hombros

Competencia	Objetivo	Actividades	SI-NO	Observaciones
Capacidad para reconocer e interpretar signos normales o cambiantes en la salud del binomio (valoración y diagnóstico)	Valoración paciente y escenario planteado (medidas básicas y buscar etiología)	Reconocimiento de signos de distocia de hombros. Valoración de la historia clínica. Indicarle a la mujer que no empuje. Evitar Kristeller y tracción cabeza fetal		
	Reconocimiento de urgencia obstétrica	Solicita ayuda. Preparar el material necesario.		
Capacidad para poner en práctica principios de salud y seguridad, incluidos primeros auxilios básicos y	Inicia medidas de urgencia	Maniobra de Mc Roberts. Presión suprapúbica Considerar episiotomía Maniobra de Gaskin (si procede		

procedimientos de emergencia.		Extracción de hombro posterior y/o maniobras internas Realización maniobras de tercer nivel (si procede) Coordinación de tareas Trabajo en equipo		
Capacidad para informar, registrar, documentar y derivar cuidados utilizando tecnologías apropiadas	Utiliza lenguaje adecuado	Comunicación con el paciente. Comunicación con el equipo. Comunicación con los familiares. Contaje de tiempo (1,2,3)		
Tiempo global de resolución				

Anexo 10

Parto eutósico

Resumen del caso

Analía, usuaria de 34 años G1, P1, cursa una gestación de 37,3 semanas diagnosticada por ecografía del primer trimestre y fecha probable de parto cierta.

Hora de ingreso: 22 hs.

Consulta por contracciones uterinas de 4 hs. de evolución y pérdida de líquido.

Examen obstétrico: Altura uterina: 31 cm., Dinámica uterina: 4 contracciones en 10 min de 45" de duración, Tono uterino normal, LCF+ 145X'. Maniobras de Leopold: feto único, situación longitudinal, dorso *a definir**, presentación cefálica encajada.

Tacto vaginal: Cuello con dilatación completa, presentación cefálica encajada, bolsa de aguas rotas (líquido claro, sin fetidez).

Exudado SGB + anal

Escenario sala de partos: 22.15 hs

Usuaria con deseo de pujo. FCF normal 135 x min.

Signos vitales de Analía en parámetros normales. Contracciones 4 en 10 min de 50 seg., de buena intensidad.

*Deberán evaluar el dorso fetal según la variedad de posición mediante el tacto vaginal.

Modalidad de trabajo:

1- En grupos de 10 participantes ingresarán a la sala de partos dispuesta para la simulación, donde podrán visualizar los recursos materiales con los que contarán para desenvolverse y resolver el caso clínico como así también el tipo de simulador y sus características.

2- Se hará presentación de la usuaria simulada (Analía), la misma se encontrará en el sillón/cama de partos usando una bata/mameluco, adaptada al simulador modelo pélvico para maniobrar la expulsión del recién nacido y su recepción. El actor simulará contracciones uterinas dolorosas y el deseo de pujo inminente.

El escenario contará con 5 participantes y se explicará el rol de cada uno:

- Usuaría Analía (actor/docente).
- Licenciada en Obstetricia (estudiante): atención al parto vaginal.
- Licenciada en Obstetricia (estudiante): acompañamiento emocional a la usuaria.
- Licenciada en Enfermería (estudiante): cuidado y atención a la usuaria, asistencia sanitaria.
- Médica Ginecóloga (estudiante): atención al parto vaginal en el caso de que se presente alguna emergencia obstétrica.

La selección de los grupos y roles se publicará en el aula virtual con antelación a la simulación clínica, como así también el caso clínico y los puntos a evaluar.

Se evaluará tanto la conducta obstétrica (recuerden siempre decir en voz alta, lo que se está realizando para que el evaluador integre la conducta), como la comunicación con la usuaria y el equipo de trabajo.

¡Éxitos!

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO EN ESCENARIOS DE SIMULACIÓN

ESTUDIANTES EVALUADOS:

UNIDAD DE SIMULACIÓN:

CASO EVALUADO: PARTO EUTÓCICO

FECHA

DOCENTE RESPONSABLE

PAUTAS DE EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS

1. COMUNICACIÓN	SI	NO
-----------------	----	----

Se presentan con la usuaria y acompañante		
Llaman a la usuaria por su nombre		
Dan contención emocional a la usuaria y explican la situación		
2. BIOSEGURIDAD	SI	NO
Higiene de manos		
Colocación de EPP		
3. Organización del equipo y liderazgo	SI	NO
Reparten las tareas en forma pareja, no se superponen.		
Trabajan de manera organizada.		
Solicitan la presencia del pediatra		
3. ASISTENCIA	SI	NO
Dan opciones para el manejo del dolor, respiración y pujos.		
Respeto, intimidad, tranquilidad, seguridad, conocimiento.		

Verifican el tto. de SGB		
Verifican salud fetal		
Solicitan el material necesario para asistir el parto		
Arman mesa de parto		
Realizan las medidas de asepsia		
4. PERÍODO EXPULSIVO	SI	NO
Realizan protección del periné		
Evalúan la realización de episiotomía		
Informan al pediatra los datos de la gestante		
5. NACIMIENTO	SI	NO
Verifican e informan hora de nacimiento		
Realizan COPAP		
Verifican APGAR		

Ofrecen lactancia precoz hora de oro		
Realiza ligadura oportuna del cordón		
Identifica al RN		
6. ALUMBRAMIENTO	SI	NO
¿Realizan alumbramiento activo?		

Anexo 11

Planilla para escenarios – ZONA 2 o ZONA 3

Título
Emergencia Hipertensiva

Objetivos No Técnicos
Identificar signos y síntomas de la paciente y reconocer rápidamente el diagnóstico presuntivo de la paciente (preeclampsia/eclampsia).
Utilizar la mejor evidencia disponible para el diagnóstico y tratamiento de la eclampsia.

Objetivos Técnicos
Presentación por nombre. Interrogatorio. Pedido de ayuda frente a la emergencia hipertensiva. Examen físico: Signos vitales. Semiología obstétrica.
Dosis y vía de administración de drogas antihipertensivas, y para la prevención y tratamiento de eclampsia. Manejo de vía aérea y colocación de sonda vesical.

Cantidad de participantes: mínimo: 3 máximo: 4

Planificación de tiempos

Tiempo estimado para prebriefing:	30 min
Tiempo estimado para el escenario:	10 min
Tiempo estimado para feedback/debriefing:	30 min

Planificación de Tipo de Enseñanza y Roles

Tipo de Enseñanza (indique con una cruz la zona)	
ZONA 2	
Enseñanza de Cerca	
Enseñanza de Lejos	X
RCDP*	
ZONA 3	

Rol Participante	Observador	Rol Profesional (indicar cuál)	Actor Guionado (indicar cuál)
Participante 1		Enfermera	
Participante 2		Lic. en Obstetricia	
Participante 3		Méd. Ginecólogo	
Participante 4			Simona – usuaria Viviana (voz docente)
Participante 5			

*Rapid Cycle Deliberate Practice

PRE-BRIEFING (recuerde escribir todo lo que debe decir para no olvidarlo luego)*

Bienvenida a los/las estudiantes al centro de simulación.

En grupos de 8 participantes ingresarán a la de partos dispuesta para la simulación, donde podrán visualizar los recursos materiales con los que contarán para desenvolverse y resolver el caso clínico.

Para desarrollar el caso clínico se hará uso de Simona (simulador de alta fidelidad que dialoga a través de la voz del docente), la misma se encontrará en el sillón/cama de partos usando una bata/mameluco. La voz docente manifestará signos y síntomas de trabajo de parto y malestar general compatible con sintomatología de hipertensión.

Se explicará el rol de cada participante:

Tabla 15 Usuaría Simona (voz docente)

Tabla 16 Licenciada en Obstetricia (estudiante): examen físico, diagnóstico de patología de acuerdo a sus competencias.

Tabla 17 Licenciada en Enfermería (estudiante): cuidado y atención a la usuaria, asistencia sanitaria.

Tabla 18 Médica Ginecóloga (estudiante): tratamiento de patología de acuerdo a sus competencias.

Este escenario pondrá en juego las capacidades de desempeño de los estudiantes para el diagnóstico y tratamiento de esta patología impredecible, en un ambiente de alta fidelidad. Contarán con un tiempo de 10 min para la resolución del caso clínico.

Posterior a esto, se llevará a cabo el debriefing correspondiente.

*Recuerde: bienvenida, normas del uso de la sala, realismo, contrato de ficción, uso del simulador, contexto, tiempos preestablecidos, distribución de roles, etc.

Caso Clínico*

Viviana García, usuaria de 38 años de edad, G1P0, cursa una gestación de 38 semanas por FUM acorde a ecografía del primer trimestre.

Hora de ingreso: 11 hs.

Consulta al servicio de maternidad del hospital por contracciones uterinas de 4 hs. de evolución y cefalea intensa.

Examen físico y obstétrico:

Signos vitales maternos: TA: 150/100 mm/Hg, FC: 90 lpm, FR: 16 rpm. T: 36.1 °C.

Niega alergias. Presencia de edemas localizados en miembros inferiores.

Maniobras de Leopold: feto único, situación longitudinal, dorso derecho OIDA, presentación cefálica. LCF + 142 lpm, MAF +, Altura uterina: 32 cm., dinámica uterina: 3 contracciones en 10

min., tono normal.

Información para el Docente*

El docente evaluador se encontrará fuera del escenario completando la rúbrica de emergencia hipertensiva.

La voz del docente debe simular a una mujer gestante con signos y síntomas de hipertensión y transitando un trabajo de parto.

El escenario finaliza luego de aplicar el protocolo de emergencia hipertensiva (eclampsia),

logrando o no la estabilización de la usuaria.

*Todo lo que deben compartir como equipo docente para mantener validez y confiabilidad del escenario. Lo que se espera que los alumnos hagan, los criterios para terminar el escenario, etc.

Simulador y Ambientación:

Preparación del Simulador y Ambientación (Tipo de simulador, lugar donde se encuentra (consultorio, box de ER), con AVP, con ropa de hospital, con ropa de calle, etc.)

Simulador Simona, se encuentra en sala de parto, en camilla/sillón de parto, con bata, cofia y botas.

Síntomas a expresar durante el interrogatorio y signos a programar una vez que comienza la simulación clínica:

- Cefalea persistente, epigastralgia persistente, alteración del sensorio-confusión (desorientada).
- Signos vitales maternos: FC 92, TA 170/140, temp. 36,5 °.
- FCF normal 155 l x min. Contracciones 4 en 10 min de 50 seg., de buena intensidad.
- TV: cuello central, blando, borrado 90%, 9 cm de dilatación, bolsa de las aguas íntegras, presentación cefálica insinuado.

Perfil e información para el actor y/o participante guionado.

Diálogos a realizar con el simulador:

“Me siento mal, veo nublado, me duele mucho la cabeza”. “No me siento bien”.

“Me duele la cabeza y siento que voy a vomitar”. “El dolor comenzó anoche y no se me pasa”.

“Me duele la panza debajo de las costillas” (anamnesis). “No perdí líquido ni sangre” (anamnesis).

“Siento que los movimientos del bebé disminuyeron desde esta mañana” (anamnesis).

En un tiempo definido, comienza a convulsionar.

Equipos y materiales:

Equipos y mobiliario (Ej.: Monitor, desfibrilador, bomba de infusión, pie de suero, etc.)		Insumos / Materiales descartables (Ej.: jeringas, agujas, guantes, cánulas TQT, sondas, guías, gasas, etc.)	
Cant.	Equipo/Mobiliario	Cant.	Nombre del insumo/material
	Simulador Simona		Batas, cofia, botas, barbijo.
	Sillón de parto		Guantes
	Detector de latidos cardíacos fetales		Jeringas
	Mesa de parto – Caja de parto		Agujas
	Monitor		Gasas

	Pie de suero		Gasas
			Labetalol
			Sulfato de Magnesio
			Gluconato de calcio
			Cánula de mayo
			Sonda vesical

Desarrollo del Escenario (acá deberá planificar los parámetros del simulador, y sus modificaciones según las respuestas de los participantes. Planifique pensando en todas las opciones y por no más de 15 min).

Tiempo (min. Que durará el estado)	Estado del Paciente (conciencia y SV)	Respuesta del paciente/familia/ confederado	Respuesta esperada	Cambios en el simulador
Estado A	Desorientada.	Responde.	Anamnesis.	
	FC 92, TA		Examen físico	
	170/140,		obstétrico.	
	temp. 36,5 °.		Activar	
			protocolo	
			emergencia	
			hipertensiva	
			(preeclampsia grave)	
Estado B	Eclampsia. Convulsión tónico- clónica.	No responde.	Activar protocolo emergencia hipertensiva (eclampsia)	Convulsión tónico- clónica.