

RESIDENCIA Y FARMACOTERAPÉUTICA: (DES)CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA

SP/ 22

Residency and Pharmacotherapeutics (Unawareness and Practice)

María Caterina **Milone**

Médica especialista.
Grupo Medicina Basada en
la Evidencia: Comité
Farmacoterapéutico, Área
de Producción Científica,
Hospital de Niños de la
Santísima Trinidad.
Córdoba - Argentina.
Jefe de Trabajo Práctico
Centro de
Farmacoepidemiología y
Uso Racional de
Medicamentos, Escuela de
Salud Pública, Facultad de
Ciencias Médicas,
Universidad Nacional de
Córdoba.
caterinamilone@yahoo.com.ar

Resumen

En 1985, la OMS reveló la contundente realidad de que, en el mundo, más del 50% de los medicamentos se prescribe de manera inadecuada, esto es, sin la realización de una evaluación racional sobre eficacia, seguridad, conveniencia y costo de los mismos.

Ante este panorama, y en el marco de un programa de mejoramiento de la prescripción mediante el entrenamiento en el Uso Racional de Medicamentos, se realizó un proyecto de investigación, instrumentado en el Hospital De Niños de la Santísima Trinidad, cuyo objetivo principal consistió en conocer la información efectiva que poseían los residentes de pediatría sobre seis fármacos utilizados frecuentemente. Por ello se desarrolló una encuesta sobre reacciones adversas, contraindicaciones, interacciones y dosis máximas.

Utilizando un indicador global, 3,1% de los residentes (2) clasificaron su conocimiento sobre los seis fármacos como BUENO, 34,4% (22) como REGULAR y 62,5% (40) como MALO.

Dado que es evidente que la calidad de la información en los encuestados es pobre, la dirección del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, con el propósito de alcanzar una medicina académica, segura y de calidad, aprobó la creación de un Comité Farmacoterapéutico, el cual planifica, como una de sus actividades centrales, el desarrollo de estrategias educativas en farmacoterapéutica.

Palabras claves: farmacología, formación continuada, uso racional de medicamentos.

Abstract

In 1985, the WHO made known the striking fact that more than 50% of medicines worldwide are prescribed inadequately. That is, without any rational evaluation as to efficacy, safety, suitability and cost.

Taking this into account, a research project was carried out in the Hospital De Niños de la Santísima Trinidad as part of a program for better prescription through training in the rational use of Medicines. The objective of the research was to find out what real information residents of pediatrics had on 6 frequently used drugs. To this end a survey was conducted on: adverse reactions, contraindications, interactions and maximum dose.

The overall results indicated: 3.1 % of the residents thought their knowledge of the 6 drugs was GOOD; 34.4% thought it REGULAR and 62.5% deemed it BAD.

Given the evident poor knowledge of the surveyed subjects the management of the Hospital de Niños de la Santísima Trinidad aiming at a safe and high-quality academic medicine approved the creation of a Pharmacotherapeutics Committee. One of the main activities of this committee is the development of educational strategies in pharmacotherapeutics.

Key words: pharmacology, continuing education, rational use of medicines.

23 /SP

Introducción

La formación médica en farmacoterapéutica es sumamente importante para dar calidad a las decisiones terapéuticas. Lamentablemente los programas educativos de la formación de pre-grado están orientados a la enseñanza de una farmacología descriptiva con escasa relación al uso de los medicamentos en la práctica clínica habitual. El resultado de esta orientación en la enseñanza es que, aunque se adquieren conocimientos, las capacidades prescriptivas siguen siendo débiles en el post-grado (1).

Esta realidad médica fue analizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), manifestando que más del 50% de los fármacos son prescritos de forma inadecuada en todo el mundo (2).

El presente trabajo de investigación se propone abordar la calidad de la información farmacológica en los residentes de clínica pediátrica y de este modo evaluar si existe una relación gradual de conocimiento conforme avanza la formación académica de los mismos.

Es de suma importancia considerar este período de residencia ya que se trata de una etapa de formación donde el médico recién recibido accede por concurso y debe cumplimentar a lo largo de 4 años tareas asistenciales y actividades académicas.

Es alarmante saber que los médicos que ingresan a la residencia en su primer año, abrumados por las tareas asistenciales y académicas a cumplimentar; comienzan sus primeros pasos "imitando" conductas y decisiones terapéuticas de sus pares de años superiores como un simple "reflejo espinal"; y si a esta situación extrapolamos lo manifestado por la OMS, se estaría potenciando el desconocimiento y exponiendo a los pacientes a un riesgo inadmisibles y evitable.

Un estudio similar realizado en residentes uruguayos exhorta a la comunidad médica sobre la problemática existente en el conocimiento sobre fármacos de uso frecuente, lo cual se constituye en un factor determinante de la prescripción irracional (3).

Se define *prescripción irracional* a la selección de un medicamento incorrecto, inapropiado, excesivo, innecesario o inadecuado para la enfermedad a tratar. Por tanto, el uso irracional de los medicamentos constituye un riesgo inadmisibles para los pacientes, ya que origina tratamientos inefectivos e inseguros, exagera o alarga la enfermedad, provocando tensión y daño al paciente

como así también un gasto innecesario de recursos (4).

Para que una prescripción sea considerada racional, el profesional debe realizar un ejercicio de inteligencia clínica (5) para seleccionar el medicamento correcto, en la dosis adecuada, por el período de tiempo apropiado y al menor costo posible (6,7).

Objetivo:

Conocer la información que poseen los médicos residentes del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad sobre los fármacos de uso frecuente en pediatría.

Materiales y métodos

En abril de 2005 se encuestaron en forma voluntaria y anónima a 64 residentes de Clínica Pediátrica de 1º, 2º, 3º y 4º año del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de la Ciudad de Córdoba.

En la encuesta se incluyeron 6 (seis) fármacos considerados de uso frecuente en pediatría: dipirona, metoclopramida, diazepam, difenhidramina, amoxicilina y salbutamol.

Se formularon preguntas sobre efectos adversos leves y graves, contraindicaciones, interacciones y dosis máximas. (Ver el instrumento de recolección de datos en Anexo)

Las respuestas fueron catalogadas en correctas e incorrectas, utilizando un estándar elaborado por la autora consistente en una tabla de posibles respuestas verdaderas extraídas de las principales fuentes de información farmacológica: Goodman y Gilman (2001), Pediatric Dosage Handbook (1999), British National Formulary (BNF-2005), Formulario Terapéutico Nacional (COMRA-2004), Micromedex (2005), Vademécum Hospital Pedro Garrahan (1998).

Para facilitar el procesamiento de los datos se consideraron incorrectas las respuestas incompletas, ilegibles o sin respuesta.

Para la interpretación de los resultados se consideraron de manera individual a cada uno de los criterios 5 (cinco) evaluados de los 6 (seis) fármacos analizados (efectos adversos, leves y graves, contraindicaciones, interacciones y dosis máxima) y se agruparon las respuestas en correctas e incorrectas (codificadas en 1 y 2 respectivamente); determinando que el mejor resultado posible para cada uno de los criterios corresponde a 6 y el peor resultado posible a 12, con los intermedios correspondientes.

Al multiplicar el total de los fármacos analizados (6) por el total de respuestas correctas posibles para cada uno de ellos (5), siguiendo los criterios anteriores, se obtuvo un indicador designado como "indicador global de conocimiento", cuya interpretación oscila entre 30 (treinta) equivalente al conocimiento total y 60 (sesenta) al desconocimiento absoluto. En base a este indicador se estratificó el conocimiento como BUENO (30 -39) REGULAR (40 -49) y MALO (50 -60).

Análisis estadístico:

Los datos fueron analizados utilizando un test para datos categóricos, considerándose diferencias significativas cuando $p < 0,05$.

Resultados

El total de residentes en abril de 2005 fue de 70, de los cuales respondieron la encuesta en forma voluntaria 64 de ellos. El rango de edad de los encuestados osciló entre 24 y 33 años con una media de 27,6 años ($DS \pm 2,08$). El 78% de los residentes (50) fue de sexo femenino y el 22% (14) de sexo masculino.

La distribución de los médicos residentes según el año de formación fue de 29,7 % (19) en 1º año, 25% (16) en 2º año, 18,8 % (12) en 3º año y 26,6% (17) en 4º año. (Tabla 1 en Anexo).

De los 64 médicos residentes encuestados ninguno respondió correctamente a las reacciones adversas leves de los seis fármacos evaluados. El 71,9 % (46) presentó 5 o más respuestas incorrectas. *(Tabla 2 en Anexo).*

Al estratificar los residentes por año de formación e información sobre reacciones adversas leves, se evidenció que el mayor porcentaje de respuestas incorrectas ocurrieron en residentes de 3º año (83,3%), pero al compararlos con los demás años de formación, la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p < 0,10$). *(Tabla 3 en Anexo).*

En relación a las reacciones adversas graves sólo el 10,9 % (7) contestó correctamente a todos los fármacos analizados y el 54,7 % (35) presentó menos de 2 respuestas incorrectas. *(Tabla 4 en Anexo).*

En el análisis estratificado por año de formación, el grupo que presentó menos respuestas incorrectas sobre reacciones adversas graves fue el de 3º año (83,3% de respuestas con menos de 2 errores); existiendo diferencia estadísticamente significativa solamente al compararlo con 1º año ($p < 0,001$). *(Tabla 5 en Anexo).*

Al analizar las contraindicaciones el 73,4% de los residentes (47) presentó más de 3 respuestas incorrectas, y sólo el 26,6 % (17) respondió con menos de 2 errores. *(Tabla 6 en Anexo).*

En el análisis estratificado por año de formación se evidenció que el grupo de 1º año no recuerda contraindicación alguna, y no se hallaron diferencias estadísticamente significativas al comparar la información sobre contraindicaciones entre los tres niveles de formación restantes. *(Tabla 7 en Anexo).*

En relación a las interacciones, ninguno de los residentes respondió correctamente a todos los fármacos analizados y el 90,6% (62) presentó 5 o más respuestas incorrectas. *(Tabla 8 en Anexo).*

En el análisis estratificado por año de residencia y desconocimiento de las interacciones, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes años de formación. *(Tabla 9 en Anexo).*

Al analizar las dosis máximas sólo 1 residente respondió correctamente a todos los fármacos evaluados, mientras que el 87,6% (56) presentó 3 o más respuestas incorrectas. *(Tabla 10 en Anexo).*

En el análisis estratificado por año de formación, el grupo que más desconocimiento posee sobre las dosis máximas es 3º año (83,3% de respuestas con 4 o más errores); existiendo diferencia estadísticamente significativa al comparar 3º con 4º año ($p < 0,01$). *(Tabla 11 en Anexo).*

Cuando se evaluó la modalidad utilizada para responder, ningún residente portaba consigo su vademécum o libreta personal, optando por utilizar la memoria en el 72% (46), o consultar a un compañero en el 28% (18) de los mismos. *(Tabla 12 en Anexo).*

Utilizando el indicador global de conocimiento se evidenció que del total de residentes, el 3,1% (2) se clasificó como BUENO, el 34,4% (22) como REGULAR y el 62,5% (40) como MALO. *(Tabla 13 en Anexo).*

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas cuando se comparó la información que poseen los residentes en relación a la edad y sexo.

Discusión

Este trabajo de investigación logra evidenciar que la calidad de información farmacológica en los residentes de clínica pediátrica encuestados es considerablemente pobre, y que no existe una relación gradual de conocimiento conforme avanza la formación académica de los mismos.

Si bien los fármacos analizados en esta encuesta son ampliamente utilizados en clínica pediátrica y por ende considerando seguros - pequeña probabilidad de causar daño -, el médico residente debería conocer sus reacciones adversas ya que la mayoría de las mismas dependen del mecanismo de acción del fármaco, guardando de esta forma una íntima relación con la dosis. Estas dos características (reacciones adversas y dosis) fueron evaluadas en este estudio, constatándose que

más del 50% de los encuestados desconoce las reacciones adversas leves y las dosis de los 6 fármacos analizados.

Si bien para los efectos adversos graves hubo un 54,7% (30) que respondieron con 2 o menos errores, y la mayoría de los mismos pertenecían al 3º año, llama la atención que éste es el grupo que más desconoce sobre las dosis máximas permitidas, quedando entonces como interrogante si las reacciones adversas graves conocidas por los residentes de 3º año lo son por haber sido "experimentadas" durante las guardias por desconocimiento de dosis.

Un punto evaluado en este trabajo, que no tiene implicancia clínica, es el conocimiento sobre las interacciones, ya que las mismas en los 6 fármacos analizados son pocas, leves y con fármacos poco utilizados en pediatría. Pero es bien conocido y pregonado por la OMS (4) que dentro de la selección de un fármaco debe existir un análisis pormenorizado de la eficacia, seguridad (efectos adversos) y conveniencia (interacciones - contraindicaciones). Es por ello que las interacciones fueron evaluadas y, de haber sido conocidas, el residente hubiera acusado la falta de relevancia clínica de las mismas en la encuesta.

Las reacciones adversas son causa de una importante sobrecarga asistencial en los países industrializados, donde un 10% de los ingresos hospitalarios se deben a reacciones adversas provocadas por una selección inadecuada tanto del fármaco como de su dosificación. Lamentablemente la mayoría de los médicos eligen sus fármacos según la eficacia, mientras que las reacciones adversas sólo se tienen en cuenta cuando han sido observadas en la práctica (8).

Por lo anteriormente discutido, sería de suma importancia para la formación del residente hacer énfasis en la enseñanza farmacoterapéutica, ya que la selección de un medicamento debe basarse no sólo en el conocimiento del beneficio que ofrece al paciente, sino también en el conocimiento del riesgo al que se lo expone (3).

La Universidad de Groningen (Holanda), junto con el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS (Suiza), publicaron un manual de formación denominado: "Guía de la Buena Prescripción" (4), donde se desarrolla una metodología sistematizada para seleccionar medicamentos en forma racional. Esta modalidad de enseñanza incorpora la medicina basada en la evidencia (MBE) y el aprendizaje basado en problemas (ABP), enfatizando en la adquisición de habilidades prescriptivas e involucra, al momento de seleccionar un medicamento, la evaluación de cuatro pilares fundamentales: eficacia, seguridad, conveniencia y costo de los fármacos, para que la selección sea considerada como racional.

Conclusiones

La prescripción racional es un ejercicio de inteligencia clínica y no un simple reflejo espinal (5).

El impacto del uso irracional de medicamentos no sólo reduce la calidad en la atención, sino que aumenta la morbi-mortalidad poblacional al incrementar el riesgo de reacciones adversas, como así también favorece el desperdicio innecesario de recursos (4).

Existen varios artículos publicados que describen intervenciones educativas para modificar hábitos prescriptivos de los médicos (9, 10, 11, 12, 13).

Ante la necesidad de aplicar estrategias educativas relacionadas con la enseñanza farmacoterapéutica para alcanzar una medicina académica, segura y de alta calidad, la dirección del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad aprobó la creación de un Comité Farmacoterapéutico, el cual planifica, como una de sus actividades centrales, el desarrollo de estrategias educativas en farmacoterapéutica, tales como: tutoriales de acceso a fuentes de información independiente, talleres de actualización, capacitación en servicio, consultas terapéuticas y elaboración de informes, entre otras.

Bibliografía

1. de Vries, T; et al. 1998. "Guía de la Buena Prescripción", Organización Mundial de la Salud, 1-2.
2. Organización Mundial de la Salud. 2002. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes actuales. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS.
3. Giachetto, G; et al. 2003. "Uso racional de medicamentos:¿qué conocen los médicos residentes sobre los fármacos de uso corriente?", Rev Med Uruguay, 19:231-236
4. Organización Mundial de la Salud. 1998. Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales: Guía de la Buena Prescripción.
5. Laporte, JR; Tognoni, G. 1993. "Principios de epidemiología del medicamento". 2º ED, 49-65
6. Organización Mundial de la Salud. 1985. Uso Racional de Medicamentos. Conferencia de Expertos de Nairobi. Nairobi, Zambia.
7. Arnau, J; Laporte, JR. 1993. "Promoción del uso racional de los medicamentos y preparación de guías farmacológicas". Principios de epidemiología del medicamento. 2ª ED. Barcelona: Masson-Salvat, 49-65.
8. Wilkes M; Hoffman J. 2001. "Enfoque innovador para educar a los estudiantes de medicina respecto a la promoción farmacéutica". Boletín de Medicamentos Esenciales OMS; 31: 16-7.
9. Smits, P; et al. 2002. "Problem based learning in continuing medical education: a review of controlled evaluation studies". British Medical Journal (BMJ); 324, 153
10. Aguirre, J. et al. 2005. "Experiencia docente de post-grado con la Guía de la Buena Prescripción en el Plan Nacional REMEDIAR". Revista de Salud Pública. IX (2) 61 – 66
11. Davis, D; et al. 2003. "The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect". British Medical Journal (BMJ), 327, 33-35.
12. Dean B, Schachter M, Vincent C, et al. 2002. "Cause of prescribing errors in hospital inpatients: a prospective study". *Lancet*; 359:1373–8
13. Barber N, Rawlins M, Dean B. 2003. "Reducing prescribing error: competence, control, and culture". *Qual Saf Health Care*; 12: 29–32

ANEXO 1:

Instrumento de recolección de datos

Estudio: "Información que poseen los médicos residentes sobre fármacos de uso frecuente en pediatría"

Este estudio ha sido diseñado para conocer la información que poseen los médicos en formación sobre medicamentos de uso frecuente en pediatría. Su utilidad será para elaborar estrategias docentes que promuevan la prescripción racional.

Muchas gracias por su participación.

Marque con una cruz lo que corresponda:

Sexo: Femenino
 Masculino

Edad:.....años

¿En que año de la residencia se encuentra?

Primero Segundo Tercero Cuatro

Complete la siguiente tabla:

Fármacos de uso frecuente en una guardia de pediatría	Efectos adversos /leves (indique dos)	Efecto adverso grave (Pone en riesgo la vida del paciente)	Contra-indicaciones	Interacciones	Cuál es la dosis máxima que se puede indicar?
Dipirona IM	*..... *.....				
Metoclopramida EV	*..... *.....				
Diazepam EV	*..... *.....				
Difenhidramina VO	*..... *.....				
Salbutamol aerosol	*..... *.....				

¿Qué utilizó para responder estas preguntas?

Memoria va de mécum o agenda personal consultó con un compañero

Tabla N° 1: "Distribución de los médicos residentes según año de formación".

(Fuente: Encuesta. Hospital de Niños. Abril 2005)

Año actual de formación	f	%
Primero	19	29,7%
Segundo	16	25%
Tercero	12	18,8%
Cuarto	17	26,6%
Total	64	100%

Tabla N° 2: "Distribución de los médicos residentes según el número de errores en la información sobre reacciones adversas leves". (Fuente: Encuesta. Hospital de Niños. Abril 2005)

Errores Reacciones Adversas Leves	n	%
Ningún error	0	0
1 error	0	0
2 errores	1	1,6
3 errores	7	10,9
4 errores	10	15,6
5 errores	16	25
6 errores	30	46,9
Total	64	100%

Tabla N° 3: "Distribución de los médicos residentes según año de formación e información sobre reacciones adversas leves". (Fuente: Encuesta. Hospital de Niños. Abril 2005.)

Año de formación	Conocimiento sobre reacciones adversas leves								Total general	Frecuencia con 5 o más errores	%
	Ningún error	1 error	2 errores	3 errores	4 errores	5 errores	6 errores	6 errores			
1º año				1	4	3	11	19	14	73,7%	
2º año			1	1	2	6	6	16	12	75,0%	
3º año				2		2	8	12	10	83,3%	
4º año				3	4	5	5	17	10	58,8%	
Total	0	0	1	7	10	16	30	64	46	71,9%	

Tabla N° 4: "Distribución de los médicos residentes según el número de errores en la información sobre reacciones adversas graves". (Fuente: Encuesta. Hospital de Niños. Abril 2005)

Errores en Reacciones Adversas Graves	N	%
Ningún error	7	10,9
1 error	11	17,2
2 errores	17	26,6
3 errores	16	25,0
4 errores	6	9,4
5 errores	4	6,3
6 errores	3	4,7
Total	64	100%

29 / SP

Tabla 5: "Distribución de los médicos residentes según año de formación e información sobre reacciones adversas graves". (Fuente: Encuesta. Hospital de Niños. Abril 2005)

Año de formación	Conocimiento sobre reacciones adversas graves								Total general	Frecuencia con 2 o menos errores	%
	Ningún error	1 error	2 errores	3 errores	4 errores	5 errores	6 errores	6 errores			
1º año			4	9	2	3	1	19	4	21,1%	
2º año	5	3	1	3	2	1	1	16	9	56,3%	
3º año	2	3	5		1		1	12	10	83,3%	
4º año		5	7	4	1			17	12	70,6%	
Total	7	11	17	16	6	4	3	64	35	54,7%	

Tabla N° 6: "Distribución de los médicos residentes según el número de errores en las contraindicaciones". (Fuente: Encuesta. Hospital de Niños. Abril 2005)

Errores en las contraindicaciones	N	%
Ningún error	1	1,6
1 error	5	7,8
2 errores	11	17,2
3 errores	19	29,7
4 errores	15	23,4
5 errores	5	7,8
6 errores	8	12,5
Total	64	100%

Tabla 7: "Distribución de los médicos residentes según año de formación e información sobre contraindicaciones". (Fuente: Encuesta. Hospital de Niños. Abril 2005)

Año de formación	Conocimiento sobre las contraindicaciones								Total general	Frecuencia con 2 o menos errores	%
	Ningún error	1 error	2 errores	3 errores	4 errores	5 errores	6 errores	6 errores			
1º año				6	7	1	5	19	0	0,0%	
2º año	1	2	4	4	3	1	1	16	7	43,8%	
3º año		2	2	2	3	3		12	4	33,3%	
4º año		1	5	7	2		2	17	6	35,3%	
Total	1	5	11	19	15	5	8	64	17	26,6%	

Tabla N° 8: "Distribución de los médicos residentes según el número de errores en las interacciones".
(Fuente: Encuesta. Hospital de Niños. Abril 2005.)

Errores en las interacciones	N	%
Ningún error		0,0
1 error		0,0
2 errores	2	3,1
3 errores	1	1,6
4 errores	3	4,7
5 errores	13	20,3
6 errores	45	70,3
Total	64	100%

Tabla 9: "Distribución de los médicos residentes según año de formación e información sobre las interacciones"
(Fuente: Encuesta. Hospital de Niños. Abril 2005)

Año de formación	Conocimiento sobre las interacciones							Total general	Frecuencia con 5 o más errores	%
	Ningún error	1 error	2 errores	3 errores	4 errores	5 errores	6 errores			
1º año					1	2	16	19	18	94,7%
2º año			1		2	6	7	16	13	81,3%
3º año			1			1	10	12	11	91,7%
4º año				1		4	12	17	16	94,1%
Total			2	1	3	13	45	64	58	90,6%

Tabla N° 10: "Distribución de los médicos residentes según el número de errores en la información sobre dosis máximas". (Fuente: Encuesta. Hospital de Niños. Abril 2005.)

Errores en las dosis máximas	N	%
Ningún error	1	1,6
1 error	3	4,7
2 errores	4	6,3
3 errores	13	20,3
4 errores	9	14,1
5 errores	17	26,6
6 errores	17	26,6
Total	64	100%

SP/ 30

Tabla 11: "Distribución de los médicos residentes según año de formación e información sobre las dosis máximas"
(Fuente: Encuesta. Hospital de Niños. Abril 2005.)

Año de formación	Conocimiento sobre las dosis máximas							Total general	Frecuencia con 4 o más errores	%
	Ningún error	1 error	2 errores	3 errores	4 errores	5 errores	6 errores			
1º año		1	1	2	1	7	7	19	15	78,9%
2º año			1	3	2	4	6	16	12	75,0%
3º año				2	4	3	3	12	10	83,3%
4º año	1	2	2	6	2	3	1	17	6	35,3%
Total	1	3	4	13	9	17	17	64	43	67,2%

Tabla N° 12: "Distribución de los médicos residentes según la modalidad utilizada para responder"
(Fuente: Encuesta. Hospital de Niños. Abril 2005.)

Modalidad utilizada	F	%
Memoria	46	72%
Vademécum personal	0	0%
Consulta al compañero	18	28%
Total	64	100%

Tabla N° 13: "Distribución de los médicos residentes según el indicador Global de conocimiento".
(Fuente: Encuesta. Hospital de Niños. Abril 2005.)

Indicador Global de conocimiento	N	%
BUENO (30 a 39)	2	3,125
REGULAR (40 a 49)	22	34,375
MALO (50 a 60)	40	62,5
Total	64	100%