



Investigación en
Educación Médica

<http://riem.facmed.unam.mx>



RESÚMENES

Segundo Congreso Latinoamericano en Educación de Residentes LACRE 2015

Second Latin American Conference on Residency Education LACRE 2015

“Mejor educación médica de residentes para una mejor atención del paciente”.

Santiago de Chile, abril 2015

Trabajos aceptados: modalidad póster

EL MÉDICO RESIDENTE DE UROLOGÍA COMO EDUCADOR. UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARTICIPATIVA PARA EL DESARROLLO DE LA COMPETENCIA CLÍNICA

Félix Arturo Leyva, Carlos Lavallo Montalvo, Pelayo Vilar Puig y César Arturo Leyva Salas
Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., México

Introducción: La perspectiva participativa de la educación considera la participación del alumno sustantiva en su formación.

Objetivo: Determinar el alcance de una intervención educativa participativa en el desarrollo de la competencia clínica de médicos residentes de urología.

Material y métodos: Se realizó un estudio de intervención en residentes de primero (R1 n = 11) y segundo año (R2 n = 10) de urología en Centro Médico Nacional “La Raza” (IMSS), periodo: agosto-septiembre de 2014. Se construyó un instrumento que evaluó la competencia clínica de residentes de primero y segundo año; la validez conceptual, de contenido y confiabilidad, se valoró por cuatro especialistas en urología, con experiencia en investigación educativa. La intervención educativa fue implementada por un residente de urología de cuarto año; se desarrolló en forma de seminarios; frecuencia: dos veces por semana, duración por sesión: dos horas, duración total: 16 sesiones. El instrumento de medición se aplicó al inicio (1ª sesión) y al finalizar la intervención (16ª sesión).

Resultados: En los R1 y R2 se observaron avances en todos los indicadores de competencia clínica y en la calificación global, lo cual se expresó con diferencias estadísticamente significativas; los R1, en la calificación global (medición inicial vs. final) mostraron las medianas: 44-110 (p= 0.018); los R2, la calificación global mostró: 52.5-128 (p= 0.027).

Discusión: A partir de los resultados, se observaron algunos de los planteamientos teóricos de la perspectiva participativa de la educación.

Conclusión: Una intervención educativa participativa implementada por un médico residente de urología de cuarto año, produce avance de la competencia clínica de R1 y R2 de la misma especialidad.

LA EDUCACIÓN PARTICIPATIVA Y LA COMPETENCIA PARA LA LECTURA CRÍTICA DE INFORMES DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN RESIDENTES DE CARDIOLOGÍA

Félix Arturo Leyva, Carlos Lavallo Montalvo, Pelayo Vilar Puig y Jesús Salvador Valencia Sánchez
Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., México

Introducción: Educar en y para la participación tiene como resultado la construcción del conocimiento.

Objetivo: Determinar cuál es la relación entre la participación de los residentes de cardiología con la competencia para la lectura crítica de informes de investigación clí-

nica. Material y métodos. Estudio de intervención en residentes de cardiología de primero, segundo y tercer año (R1 n = 12, R2 n = 11 y R3 n = 10) del Centro Médico Nacional Siglo XXI (IMSS). Periodo: abril-agosto 2014. Se construyeron dos instrumentos de medición. El primero valoró la participación del alumno en aula a través de cinco categorías (forma de intervenir, grado de elaboración de las intervenciones, actitud cuestionadora, desarrollo de un punto de vista personal y adecuación en el debate); el segundo evaluó el desarrollo de lectura crítica en informes de investigación clínica, a partir de tres indicadores (habilidad para interpretar, enjuiciar y formular propuestas). La validez conceptual, de contenido y confiabilidad fue valorada por cinco especialistas en cardiología con experiencia en investigación educativa. La intervención se desarrolló en forma de seminarios; frecuencia: una vez por semana, duración por sesión: dos horas, duración total: 20 sesiones. La participación fue evaluada en la sesión 11 y 19 y, la lectura crítica en la sesión 1 y 20.

Resultados: Se observaron asociaciones estadísticas significativas en las variables de estudio en los tres años de residencia ($p < 0.01$).

Discusión: A partir de los resultados, se observaron algunas de las propuestas teóricas de la educación participativa.

Conclusión: La participación en una intervención educativa tiene relación con el desarrollo de la competencia de lectura crítica de informes de investigación clínica.

EL PAPEL DEL COMITÉ DE PROMOCIONES EN LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS DE RESIDENTES CON PROBLEMAS EN LA ÚLTIMA DÉCADA (2004-2015) EN LA UNIVERSIDAD CES. MEDELLÍN, COLOMBIA

Carolina Cataño Velasquez, Clara Orrego y Ricardo Posada

Universidad CES, Medellín, Colombia

Estudio descriptivo sobre la experiencia del comité de promociones en el apoyo y la resolución de conflictos de residentes con dificultades. La información es tomada de comités de promociones de los últimos 10 años. Se analizaron 19 casos de residentes en problemas de la Universidad CES de Medellín, Colombia. El Comité de Promociones (CP) es el órgano encargado de hacer el seguimiento del rendimiento académico, actitudinal y disciplinario con el objetivo de tomar decisiones en cada uno de los procesos del estudiante, que independientemente de la nota promueve o no al residente a otros niveles de su formación o solicita refuerzos u otras medidas para mejorar su desempeño durante el posgrado.

Resultados: Distribución por especialidades: Urgencias: 26.3% Cirugía: 15.78% Radiología: 15.78% Oftalmología: 10.5% Anestesiología: 10.5% Dermatología: 5.2% Psiquiatría: 5.2% Cuidado Intensivo Pediátrico: 5.2% Medicina Interna: 5.2%. La mayoría del sexo masculino 73.68%. 68.4% por bajo rendimiento académico, 15.7% problemas actitudinales y 15.7% enfermedad psiquiátrica, un caso

por adicción a sustancias psicoactivas. Luego del acompañamiento del CP en total se retiraron 63% (31.5% terminaron su programa y 31.5% son residentes activos) y 26.3% salieron del programa.

Conclusiones: 1) El CP va más allá de las calificaciones y resultados académicos de los residentes y además de los resultados cuantitativos o notas de los estudiantes tiene en cuenta aspectos humanos, vocacionales, personales, familiares y de salud de los estudiantes difíciles. 2) El seguimiento estrecho por parte del comité de promociones de los residentes en problemas es fundamental para disminuir la deserción estudiantil en posgrados clínicos.

APTITUD CLÍNICA EN LA INTERPRETACIÓN DE ELECTROCARDIOGRAMA EN MÉDICOS BECARIOS MEDIANTE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Carlos Enrique Ochoa Castro, Héctor Cobos Aguilar y Ramón Javier Treviño Frutos
Christus Muguerza Alta Especialidad, Universidad de Monterrey, Monterrey, México

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad mundial y en México. El diagnóstico de normalidad y patología cardiovascular con el electrocardiograma es de gran relevancia en medicina. El objetivo de este estudio fue evaluar la aptitud clínica en la interpretación electrocardiográfica posterior a una intervención educativa en becarios.

Material y métodos: Intervención educativa en 51 alumnos, conformándose cinco grupos, en pregrado (internado, n = 15 y servicio social, n = 3) y posgrado (residentes de medicina familiar 2° (n = 21) y 3° (n = 8) grados y medicina interna 1° grado (n = 4)). Variable dependiente: calificación de aptitud clínica obtenida en cuatro indicadores (ritmo, medición, morfología y diagnóstico) y global. Instrumento: validado (Técnica Delphi), consistente (0.86 KR). Con 72 reactivos: ritmo 15, medición 20, morfología 20 y diagnóstico 17, explorados en cinco casos clínicos (fibrilación auricular, normalidad, crecimiento ventricular izquierdo, infarto agudo del miocardio y bloqueo completo de rama izquierda) Aplicación: inicial y post intervención. Calificación en medianas de aciertos en global, indicadores y casos, ciega. Los alumnos fueron invitados y con asistencia voluntaria al curso. Curso: cinco profesores; tres residentes de cardiología (grados 1°, 2° y 3°), un residente de medicina interna y un cardiólogo. Programa de 10 sesiones (una hora por sesión). Contenido: principios básicos, ritmo, frecuencia, eje eléctrico, intervalos y segmentos, arritmias, trastornos de conducción, cardiopatía isquémica y otros. Estrategia: preguntas y respuestas. Estadísticos: determinación del nivel de azar, Wilcoxon para avance intragrupal, Kruskal Wallis para comparación intergrupala, U de Mann-Whitney para comparación intergrupala, inicial y final de cada uno de los grupos.

Resultados: Se obtuvo un incremento en las medianas globales (inicial vs. final) en todos los grupos, residentes

de medicina familiar 2° grado (24 vs. 46), 3° (42 vs. 57) e internos (34 vs. 52) ($p < 0.05$). Los residentes de medicina interna obtuvieron mediana alta inicial sin avance final (51 vs. 59, $p = NS$). Se observó diferencia entre los grupos ($p < 0.05$). En cuanto al azar y los rangos iniciales y finales 20% del grupo de internos pre intervención contestó en azar, 47% nivel bajo, y post intervención 0% al azar y 40% nivel alto. En el grupo de medicina familiar de segundo año pre intervención 29% en nivel de azar, y post intervención 48% en rango intermedio y 29% nivel alto. Los grupos de tercer año de medicina familiar y pasantes de servicio social con tendencia similar, inclusive el grupo de referencia, medicina interna pre intervención 25% en bajo y post intervención 50% alto y 50% muy alto.

Discusión: Los resultados muestran que una estrategia educativa encaminada al desarrollo de esta habilidad es posible, aun en grupos considerados como poco proclives al diagnóstico electrocardiográfico (internos de pregrado, residentes de medicina familiar) lo que demuestra que no son expuestos cotidianamente a la discusión y análisis de esta herramienta diagnóstica.

Conclusiones: Instrumentos válidos y confiables pueden mostrar sutilezas en el desarrollo de la habilidad para la interpretación de electrocardiograma en los padecimientos cardiológicos más frecuentes en la práctica clínica.

APTITUD CLÍNICA EN LA INTERPRETACIÓN DE ELECTROCARDIOGRAMA EN UNA MUESTRA DE MÉDICOS BECARIOS

Carlos Enrique Ochoa Castro, Héctor Cobos Aguilar, Patricia Pérez Cortés, María de los Ángeles Marroquín Cardona y Marcela Sánchez Michel Gómez
Christus Muguerza Alta Especialidad, Universidad de Monterrey, Monterrey, México

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte a nivel mundial, así como en México. El sistema educativo actual tiende aún a la memorización y poco se centra en el desarrollo de habilidades complejas para el diagnóstico de normalidad y patología cardiovascular; aún más, el uso de recursos diagnósticos, como el electrocardiograma, no es evaluado como habilidad compleja durante la carrera y aún durante la práctica hospitalaria de pregrado. El objetivo de este estudio es evaluar la interpretación electrocardiográfica en pregrado y posgrado.

Material y métodos: Encuesta comparativa en población en 98 alumnos, en internado de pregrado 70 en tres HGZ y 28 residentes en HGZ en cuatro especialidades en 50 mujeres y 48 hombres. Identificación de variables y categorías. La variable dependiente fue la calificación obtenida en los cuatro indicadores referidos en instrumento así como la calificación global. Instrumento: Se construyó un instrumento ex profeso con 72 reactivos 15 para ritmo, 20 para medición, 20 para morfología y 17 para diagnóstico explorados en cinco casos clínicos. Validación teórica, de contenido y de constructo elaborada por tres cardiólogos, tres médicos internistas y un médico familiar en dos rondas de validación independiente (Delphi). Prueba piloto realizada en 20 alumnos.

Consistencia determinada de 0.86 por Kuder-Richardson. Se utilizó U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para comparaciones intergrupales, Spearman y ANOVA.

Resultados: Las calificaciones globales más altas (44) fueron obtenidas por el grupo de residentes, aunque obtuvieron la mitad de lo esperado (72), los MIPS obtuvieron una calificación levemente menor (39) aunque hubo diferencias entre los grupos $p < 0.05$. En los casos clínicos hubo una diferencia $p < 0.013$ en detrimento de un grupo de MIPS. No hubo diferencia entre los MIPS que ingresaron 6 meses antes. En el grupo de residentes hay una marcada tendencia en calificaciones superiores mediana 48 global para los residentes de medicina interna y los más bajos en pediatría $p < 0.03$ global mediana 31. No se encontró correlación entre los promedios universitarios y las calificaciones globales obtenidas. **Discusión:** Los resultados arrojan el pobre conocimiento que los internos de pregrado y aún los residentes tienen de la interpretación adecuada del ECG vinculado con casos clínicos de patologías frecuentes y aún normalidad explorada en uno de los casos. Aunque los MIPS se observan con valores bajos, entre ellos existe también diferencia; sin embargo, la diferencia no se presenta cuando los alumnos ya han cursado 6 meses de internado, lo que traduce aún una desvinculación clínica en el uso de esta herramienta diagnóstica en el contexto hospitalario confirmada por los valores bajos obtenidos por los residentes de las diferentes especialidades que ya han cursado 8 meses de su primer año de residencia.

Conclusiones: Es importante vincular el aprendizaje del ECG vinculado a la clínica que deberá continuar en el internado de pregrado y aún en la residencia para enfrentar al problema más importante del país las enfermedades cardiovasculares.

APLICACIÓN DEL POSTGRADUATE HOSPITAL EDUCATIONAL ENVIRONMENT MEASURE EN RESIDENCIAS MÉDICAS EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. ARGENTINA

Amanda Galli, Kumiko Eiguchi, Horacio Yulitta y Maria Eugenia Brissón
Sociedad Argentina de Investigación y Desarrollo en Educación Médica SAIDEM, Argentina

EL PHEEM (Postgraduate Hospital Educational Environment Measure) es un instrumento para evaluar el ambiente educacional en el ámbito hospitalario elaborado por Roof et al. (2005). El ambiente educacional, producto de las relaciones interpersonales y de las condiciones de infraestructura en las que se desarrolla el entrenamiento en servicio, influye en la motivación y en el rendimiento académico. **Objetivo:** evaluar el ambiente educacional en las residencias médicas básicas del GCABA. **Material y método:** estudio descriptivo de corte transversal. PHEEM: cuestionario de 40 ítems con 5 opciones de respuesta. Puntaje máximo posible 160. Cada ítem tiene un valor entre 0 y 4. Un valor de 3.5 y más identifica un factor realmente positivo y un valor de 2 y menos señala un problema a solucionar. **Resultados:** Respondie-

ron 273 residentes: pediatría, clínica médica y cirugía. 79.48% mujeres. Puntaje global obtenido: 93.5/160 que significa: ambiente educacional más positivo que negativo pero con aspectos a mejorar. Como aspectos positivos se destacan (aunque ninguno llega a 3.5 que significa realmente positivo): 1) Mis instructores y demás profesionales son accesibles y responden preguntas (3.27). 2) El jefe de residentes y los residentes mayores tienen habilidades suficientes para ser buenos tutores (3.24). Condiciones a modificar (promedio menor de 2): 1) Falta de un tiempo “protegido”, dentro del horario de trabajo semanal para estudiar (1.36). 2) Un horario de trabajo que no está acorde a la normativa vigente (1.36). 3) Las instalaciones (baños, dormitorios, sala de reuniones) no son adecuadas sobre todo para los residentes de guardia (1.66).

Conclusiones: Según resultados en otros países puede decirse que, en términos generales, el resultado obtenido en las residencias básicas del GCABA es similar a los obtenidos en otros estudios (Brasil 95/160 y Chile 98/160). Los esfuerzos para el mejoramiento del ambiente educacional deberían focalizarse, en lo inmediato, en la revisión de las condiciones “de trabajo” en las que los jóvenes realizan su formación de posgrado en el sistema de residencias médicas.

SEROPROTECCIÓN PARA VIRUS DE HEPATITIS B EN RESIDENTES DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE DE CALI, COLOMBIA

Carlos Velasco y Gerardo Campo
Universidad del Valle, Cali, Colombia

Introducción: Los profesionales de la salud están en riesgo laboral de presentar hepatitis B (VHB). Cerca de 800,000 mueren anualmente por VHB. La VHB se previene con vacunación, considerándose seroprotección, niveles séricos de anticuerpos para el antígeno de superficie contra el VHB (AcsAgsVHB) ≥ 10 UI/ml. Uno de los requisitos para cursar residencia dentro de los 27 posgrados de la Universidad del Valle (UV) de Cali, Colombia, es tener seroprotección para VHB.

Objetivo: Describir la seroprotección para VHB en residentes de la UV de Cali, Colombia.

Metodología: Se revisaron los documentos en 294 residentes de la UV matriculados a 31 de julio de 2014. Su análisis estadístico incluyó medidas de tendencia central.

Resultados: Fueron excluidos 61 residentes por no cumplir este requisito, siendo analizados 233 residentes de 31.6 ± 4.9 años de edad (rango 23 y 56 años); 55.4% del sexo masculino; 56.9% de Cali, Colombia, y 80.9% de primero a tercer año de residencia. Presentaron seroprotección contra el VHB, 214 (91.84%) residentes con niveles de AcsAgsVHB de $1,434.7 \pm 5,861.1$ UI/ml (rango 0.09 y 61556 UI/ml).

Conclusión: El 8.16% de los residentes de la UV estuvieron a riesgo de adquirir VHB, motivo por lo que de manera inmediata se inició su esquema de revacunación; siendo recomendable un sistema de seguimiento estricto con el objetivo de que los estudiantes de posgrados clínicos reduzcan el riesgo de adquirir enfermedades inmunoprevenibles y su morbi-mortalidad.

INSERCIÓN DE B-LEARNING COMO METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA TEÓRICA EN EL PROGRAMA DE ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGÍA

Veronica Mertz, Fernando Altermatt, Marcia Corvetto, Alejandro Delfino y Rose Marie Heider
División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: Se ha demostrado que los métodos de enseñanza tradicionales, centrados en el profesor, no se ajustan a los requerimientos de los alumnos actuales. Nuestro objetivo es describir la transformación del currículum teórico del Programa de residencia de Anestesiología, de clases presenciales a la nueva metodología de estudio guiado a través de b-learning (blended learning).

Métodos: Se realizó un análisis del currículum existente, agrupando los temas en 11 módulos temáticos de 4 semanas cada uno. Se revisó y actualizó la literatura según objetivos específicos de cada módulo y se identificaron las destrezas clínicas que debían ir asociadas a cada contenido. Posteriormente, se seleccionaron clases teóricas para ser grabadas y subidas a la plataforma, de una duración máxima de 20 minutos. Se seleccionaron lecturas obligatorias y complementarias, y se desarrollaron actividades de aprendizaje como tareas, controles en línea, foros, Wikis y Webquests. Al final de cada módulo, se planificaron sesiones presenciales con actividades de simulación, trabajos en grupo pequeño, clases magistrales de expertos, una evaluación escrita y encuestas de satisfacción de los alumnos. Los tutores recibieron capacitación para el manejo de la plataforma Sakai a través de UCvirtual.

Resultados: La primera versión de esta nueva metodología se implementó con los 18 residentes de primer año del Programa de Especialidad de Anestesiología desde mayo 2013 hasta abril del 2014. Diez y seis alumnos realizaron los 11 módulos en forma exitosa y dos abandonaron el Programa de Especialidad. Se realizaron encuestas de satisfacción a los alumnos al final de cada módulo, en las cuales se evaluó, con una escala de Likert de 1 a 4, la relevancia de los temas tratados para la práctica anestesiología actual (promedio 3.75), el valor de las actividades de aprendizaje (promedio 3.38), la ayuda brindada por los tutores (promedio 3.47) y la interacción con la plataforma (promedio 4.43), entre otras variables. En cuanto a las evaluaciones negativas, destacó la mención casi unánime de sobrecarga de trabajo (promedio 2.72), muy superior a las 10 horas semanales declaradas en el programa para la realización de todas las actividades. Esto motivó una reevaluación de cada uno de los módulos, ajustando especialmente la cantidad de lecturas y de actividades de aprendizaje. De esta manera, la versión 2014, actualmente en curso, ha tenido evaluaciones igualmente positivas en cuanto a calidad de los contenidos y docentes, y un nivel de satisfacción de los alumnos superior en cuanto a la carga de trabajo. **Conclusiones:** La introducción de la modalidad de b-learning ha tenido una buena aceptación por parte de nuestros alumnos. Les ha permitido organizar su estudio y traba-

jo en línea ajustando a sus necesidades profesionales, familiares y personales. Las sesiones presenciales son altamente valoradas por su aplicación práctica e inmediata a su actividad clínica diaria. Todos estos elementos son claves para un modelo exitoso de aprendizaje del adulto. Nuestra tarea pendiente es evaluar si esta modalidad permite a nuestros alumnos un aprendizaje mejor y más profundo que los métodos tradicionales.

LECCIONES APRENDIDAS EN LA APLICACIÓN DE UNA METODOLOGÍA CONSENSUADA DE SELECCIÓN DE RESIDENTES A NIVEL NACIONAL EN EL SALVADOR

Reynaldo Flores

Escuela de Posgrados FACSALV, Universidad Dr. José Matías Delgado, La Libertad, El Salvador

En El Salvador, desde los inicios de las Residencias Médicas en los años sesenta, el proceso de selección dependió de las normativas y programas académicos en los hospitales correspondientes, los mismos hospitales emitían el diploma de especialista una vez transcurridos tres años de residencia. Desde el año 2004, la ley de Educación Superior del Ministerio de Educación estableció que debía ser una Universidad la que certificara y emitiera el título de Especialista después de aprobar el programa universitario respectivo durante los años de Residencia en determinado hospital. Antes de 2004, las Universidades, en coordinación con el hospital escuela respectivo, determinaban la metodología de selección de Residentes, habiendo al menos 10 procesos de selección diferentes con el resultado de un muy irregular nivel académico de ingreso, inconsistente capacidad psicológica para adaptarse al estrés, discriminación de ciertos hospitales escuela (al haber diferentes exámenes y fechas de los mismos los candidatos se examinaban en varios hospitales prefiriendo los de tercer nivel), presencia de residentes en especialidades que no eran de su preferencia pero que ofrecían empleo. Siendo que todos los hospitales en donde se desarrollan las Residencias Médicas en El Salvador son públicos (o de la Seguridad Social), el Ministerio de Salud, como entidad rectora sectorial, convoca a las instituciones formadoras y a los hospitales respectivos a unificar la metodología de selección de los Residentes a nivel Nacional que incluye: Prueba escrita, prueba psicológica, entrevista y evaluación del currículo. La única universidad pública (Universidad Nacional) y dos privadas (Universidad Dr. José Matías Delgado y Universidad Evangélica), en coordinación con el Ministerio de Salud, 10 hospitales públicos y de la Seguridad Social establecen una normativa nacional para el proceso de selección de residentes que incluía: Examen y fecha únicos para todo el país y todas las especialidades, criterios de promoción de las pruebas y porcentajes mínimos, tipo de pruebas psicológicas, fechas límite de entrega de resultados, así como el establecimiento de coordinaciones a cargo del proceso. Los resultados de 3 años de aplicación del proceso nacional de selección de residentes incluyen: Trabajo coordinado entre instituciones formadoras y empleadoras, mayor equidad en las oportunidades de Residencias, ordenamiento del proceso de selección y

desarrollo de marco normativo nacional del mismo. Entre las lecciones aprendidas se consignan: El nivel académico continúa mostrando desigualdades y sobre todo mostrando deficiencias, fruto de una formación de pregrado con brechas importantes. Aunque mejoró la identificación de candidatos proclives a deserción por estrés, la presión de trabajo del sistema público es tal que especialidades relacionadas con cirugía y G&O, entre otras, aun muestran deserciones sobre todo en el primer año de residencia. La metodología de selección todavía no incluye la sistematización de los procesos de inducción administrativos, técnicos ni logísticos quedando estos a discreción de los hospitales. El presente ejercicio de armonizar la metodología de selección de los residentes a nivel nacional en El Salvador, demuestra que es posible establecer nexos efectivos de coordinación público/privado y formador/empleador que redundan en la mejoría y calidad de las Residencias Médicas.

PROCESOS DE ACREDITACIÓN DE RESIDENCIAS DE PEDIATRÍA EN ARGENTINA

Horacio Yulitta y María Paz Molina

Sociedad Argentina de Pediatría, Argentina

Introducción: El proceso de acreditación supone un sistema de supervisión integral institucional que se realiza mediante diversos mecanismos de evaluación periódica. La construcción de indicadores mínimos de calidad que deberán ser requeridos a todas las instituciones de formación de Recursos Humanos en salud permite evaluar periódicamente con parámetros objetivos la pertinencia y la calidad de la formación impartida. De lo expuesto se desprende que es necesario construir indicadores de calidad para evaluar la formación de los profesionales médicos y con ellos los estándares requeridos para los centros formadores.

Objetivo: Describir las residencias de pediatría evaluadas en el periodo comprendido entre noviembre 2010 y noviembre 2012.

Material y método: Se realizó el análisis descriptivo de la información recogida en un instrumento confeccionado en 3 dimensiones: a) Asistencial; b) Docente; c) Legales.

Resultados: Se evaluaron en dicho periodo 92 residencias siendo 80 de pediatría, 9 de neonatología y 3 de terapia intensiva pediátrica (el 80% de las mismas son del ámbito público y el 20% corresponden al ámbito privado). Las regiones evaluadas corresponden a las 24 jurisdicciones del país. La mayor concentración de espacios de formación se encuentra en la zona central de Argentina.

Conclusiones: La evaluación y acreditación de los programas de formación en pediatría nos permiten homogeneizar la formación de los residentes en cuanto se logran unificar los programas por medio del marco de referencia de la especialidad, la cantidad de guardias a realizar acorde al año de formación, la evaluación de las competencias adquiridas y la supervisión de la tarea.

EXPERIENCIA EN LA ARTICULACIÓN DE DIVERSOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES,

A TRAVÉS DE UN MODELO DOCENCIA-SERVICIO ESPECIAL. EN POSGRADOS CLÍNICOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Clara Orrego Morales, Carolina Cataño Velásquez
y Ricardo Posada Saldarriaga
Universidad CES, Medellín, Colombia

El modelo de educación de residentes en la mayoría de los países se realiza en un único campo de práctica, usualmente con alto nivel de complejidad. El objetivo de este trabajo es mostrar como experiencia exitosa, el modelo de enseñanza de postrados clínicos en la Universidad CES, en el cual se desarrollan convenios docencia-servicio con varias instituciones prestadoras de servicios de Salud, para el logro de las competencias establecidas en los residentes de las principales especialidades de la Facultad de medicina. En él se describen cómo se desarrollan dichas especialidades en los convenios docencia-servicio y que ventajas y desventajas encuentran los coordinadores de la especialidad y los jefes de residentes de Ginecobstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Radiología, Cirugía General, y Anestesiología.

Objetivos: 1) Describir cómo se desarrollan las rotaciones de las especialidades consideradas como prioritarias para Colombia por el Ministerio de Educación, que se desarrollan en la Universidad CES. 2) Analizar los conceptos de los coordinadores y jefes de especialidades prioritarias, sobre las ventajas y desventajas que tiene que las especialidades clínicas se desarrollen en varios campos de práctica. Se realizó un estudio descriptivo con entrevistas a profundidad. Los hallazgos encontrados fueron que las especialidades clínicas de la Universidad CES, se desarrollan en varios centros hospitalarios como campos de rotación. En promedio en estas especialidades prioritarias es de 8 campos por programa. Además, se encontró como el uso de varios campos de rotación, es percibido por los actores como ventajas, tales como: mayor casuística, mayor exposición a protocolos de atención, procedimientos, fortalezas Institucionales, menores riesgos ante crisis hospitalarias, mayor flexibilidad curricular, entre otros.

CURSO DE FORMACIÓN DOCENTE PARA EL SISTEMA DE RESIDENCIAS

María Cristina Davini y Gabriel Listovsky
Ministerio de Salud de la Nación, Argentina

El curso es impulsado y desarrollado por la Dirección Nacional de Capital Humano del Ministerio de Salud de Argentina, y se dirige a jefes, docentes e instructores de Residencias. Se desarrolla integralmente en línea en la plataforma del Nodo Argentino del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP-OPS/OMS), alcanzando a Residencias de todo el país y a grupos de otros países de la Región. El objetivo es brindar formación pedagógica, de programación y gestión de las Residencias en servicio, con el apoyo de las tecnologías de información, comunicación y aprendizaje. Superando la visión tradicional, que asigna la función docente exclusivamente a quienes enseñan en el marco de una clase, hoy se reconoce el potencial educativo de los contextos de prácticas y el papel de formador

a quienes orientan, organizan y acompañan a los Residentes en los servicios de salud, en distintos niveles de responsabilidad. Desde este marco, la formación es considerada como un proceso de largo alcance que acontece en la resolución de los problemas que plantean las prácticas cotidianas en los servicios de salud. En el ámbito de los servicios, en la interacción con el equipo de salud, no solo se aprenden conocimientos y prácticas, también se construyen las bases del comportamiento profesional, con efectos duraderos. El programa del curso integra cuatro módulos, con amplia y actualizada bibliografía, y la metodología es de aprendizaje activo, colaborativo y grupal de los participantes, guiados por tutores. En dos ediciones, ya ha formado a 280 profesionales, con propuestas de mejora y evaluaciones muy positivas, y una amplia demanda de nuevos participantes.

PROCESOS DE EVALUACIÓN EN LOS POSGRADOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, DESDE LA REFLEXIÓN HASTA LA ACCIÓN

Diana Patricia Díaz, Cruzana Echeverri, Sandra Isazalsaza
y Jaime Carrizosa
Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Durante los años 2012-2013, se realizó un proyecto de investigación sobre la evaluación de los aprendizajes en los posgrados médicos, en aras al mejoramiento de los procesos pedagógicos, curriculares y didácticos como parte de la política de calidad de la Universidad de Antioquia. El proyecto tiene tres fases: la primera de descripción y documentación de los problemas y necesidades más sentidas por la comunidad universitaria adscrita a los posgrados de la Facultad de Medicina. En esta fase se reconocen debilidades y amenazas surgidas de los procesos de evaluación. Participan profesores y estudiantes, y mediante foros, seminarios y talleres se expresan los deseos, intereses y necesidades de mejorar el proceso de evaluación. En la segunda fase se plantean las recomendaciones y propuestas que hace la comunidad universitaria. En esta fase se aplica tanto a los docentes como estudiantes de los 43 posgrados, un instrumento que consulta las necesidades de evaluación de los aprendizajes, se catalogan las respuestas de los docentes respecto a las de los estudiantes, se categorizan las observaciones y se sistematizan la información, según los criterios y categorías. La tercera fase es de socialización de los resultados preliminares, con los grupos de docentes y estudiantes, jefes y coordinadores de programas, con el fin de retroalimentar el proceso. De esta fase sale la propuesta de elaborar un nuevo instrumento de evaluación para los posgrados.

Resultados: Primera Fase: Como acción de los diálogos y la comparación se afirma que la evaluación es un proceso que se planea, está orientada al logro de unos objetivos, que en educación se traduce en logro de perfiles propuestos. La evaluación requiere de contenidos (qué evaluar), instrumentos (con qué evaluar), momentos (cuándo evaluar), actores (quiénes evalúan), contextos (demandas frente ideales de logro) y resultados (aciertos o desaciertos) que deben ofrecer unos planes de mejoramiento, como

oportunidad de logro. Segunda Fase: De la consulta de las necesidades de evaluación, se reconocen como categorías orientadoras para aplicar en los posgrados: Participación de autores, auto-, co- y hetero-evaluación; Momentos en los cuales se debe hacer la evaluación: inicio, durante y final de cada rotación; Implementación de instrumentos: bitácora, examen escrito, atención clínica a pacientes, evaluación por competencias, evaluación diagnóstica; El número de tutores por residentes; El número de pacientes atendidos; La retroalimentación; y El comportamiento ético. Tercera fase: se construye una propuesta de resolución rectoral que obtuvo la aceptación de diferentes comunidades académicas de los posgrados y que consta de: evaluación de las competencias de cada asignatura; autoevaluación del estudiante con un peso porcentual progresivo por año de formación (5%, 10%, 15%); evaluación cualitativa y cuantitativa; evaluación a mitad de la asignatura y al final (plan de mejoramiento construido en conjunto entre profesor y estudiante); evaluación por el profesor de manera individual. El diseño del nuevo instrumento de evaluación por competencias con su escala de estimación y ponderación, y una segunda parte que incluye observaciones éticas y un plan de mejoramiento (acciones a mejorar, estrategia de intervención, tiempo estimado y observaciones del profesor).

PORTAFOLIO ELECTRÓNICO EN RESIDENCIA DE SUBESPECIALIDAD EN ANESTESIA REGIONAL Y ANALGESIA PERIOPERATORIA

Pablo Miranda, René de la Fuente, Juan Carlos de la Cuadra, Marcia Corvetto y Fernando Altermatt
División de Anestesiología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La Educación Médica Basada en Competencias es ahora el paradigma dominante para el diseño e implementación de los programas de formación. El desarrollo de portafolios electrónicos resulta útil para registrar las actividades asistenciales y académicas permitiendo un mayor compromiso con su proceso de aprendizaje. Las competencias requeridas por un sub-especialista en anestesia regional han sido explicitadas recientemente, sin embargo, datos sobre la cantidad de actividades necesarias para adquirirlas es un tema aún sin resolver.

Objetivos: Presentar la implementación de un portafolio electrónico en el Programa de formación de Anestesia Regional y Analgesia Perioperatoria de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Materiales y métodos: A contar del año 2013, se generó un portafolio electrónico acorde a las necesidades del programa. Dentro de las actividades se encuentran procedimientos de anestesia regional, manejo del dolor y actividades no asistenciales (presentaciones, proyectos de investigación, disecciones anatómicas, análisis crítico de literatura médica y supervisión de residentes de anestesiología). Se realizó una consulta a la base de datos obteniendo la información de las actividades realizadas y supervisadas por el residente del programa los primeros 6 meses, los datos obtenidos se analizaron con estadística descriptiva.

Resultados: Se extrajeron un total de 321 registros, de los cuales 285 fueron procedimientos de anestesia regional y 36 actividades no clínicas, dentro de los que destacan 20 sesiones de disecciones anatómicas. Existen 23 actividades diferentes susceptibles de ser registradas, 19 procedimientos y 4 actividades no clínicas. Los procedimientos más realizados de extremidad inferior están el bloqueo ciático a nivel poplíteo y el femoral. En extremidad superior, los bloqueos más realizados son los de plexo braquial con un abordaje interescalénico y el supraclavicular. Al analizar los supervisores de las diferentes actividades nos encontramos que solo 4 docentes dan cuenta del 80% de las actividades clínicas y del 100% de las actividades académicas no clínicas. Se extrajeron 187 registros donde el residente de anestesia regional aparece como supervisor. Un 29% de esos procedimientos que dicen relación con anestesia regional, lo que habla del rol docente durante el desarrollo de la subespecialidad.

Discusión y conclusiones: Al analizar los datos, se hacen evidentes distintas áreas de desarrollo durante la subespecialidad, hay una actividad asistencial y docente importante; sin embargo, hay un área no clínica muy fuerte, en donde están incluidos los proyectos de investigación, disecciones anatómicas, presentaciones, etc. Esto se contradice con lo señalado en la última guía de entrenamiento en anestesia regional y dolor agudo. El portafolio electrónico permite un registro de actividades sistemático, un análisis del proceso de formación y enfocar el aprendizaje a las áreas en donde la exposición sea considerada insuficiente. Un elemento importante de implementar en el futuro es una herramienta que permita evaluar las diferentes actividades registradas, ya que la sola exposición no garantiza un aprendizaje satisfactorio. Además, un sistema de evaluación contenido en el portafolio, permite hacer una curva de aprendizaje donde se pueden reflejar los progresos, enfatizando los avances obtenidos por el residente.

LOS CRÉDITOS ACADÉMICOS EN LOS POSGRADOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, MEDELLÍN, COLOMBIA

Jaime Carrizosa, Cruzana Echeverri y Leonor Galindo
Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

El crédito académico es una unidad de medida que debe cobijar los aspectos teóricos y asistenciales, que configuran el trabajo académico de las especializaciones médico quirúrgicas. Surge así una primera tensión propia de la academia, sobre qué aspecto debe predominar en dicha formación, si las áreas lectivas o las prácticas. El segundo choque de intereses aparece entre el ámbito universitario y la misión asistencial de los centros de práctica, poniendo en juego la autonomía de los dos actores. Ambos posibles conflictos pueden incidir tanto en la calidad de formación del estudiante de posgrado, en su bienestar general y en la eficiencia de la prestación de atención en salud. Al someter 42 programas de posgrado de la Facultad de Medicina a la renovación de los registros calificados entre los años 2011 a 2013, se consideró la evaluación de los créditos de cada

programa y la reflexión que, si dadas las particularidades intrínsecas de cada programa, estos eran susceptibles de actualización. Una vez realizado el ejercicio de renovación del registro calificado, pasan los programas de especialización de 66% a 88% con un trabajo académico semanal menor de 69 horas, y de 33% a 64% de los programas con menos de 59 horas por semana. La importancia de estos resultados radica en el equilibrio de trabajo diario del estudiante de posgrado cercano a las 10 horas al día, distribuidos en 6 a 8 horas de presencialidad y complementadas con 2 a 4 horas de estudio independiente. La reducción de los créditos y por consiguiente del trabajo académico en la mayoría de los programas de especializaciones médico quirúrgicas, puede redundar en una formación más equilibrada, consecuente con las competencias de cada programa y mejorar las condiciones de bienestar del estudiante de posgrado. Las nuevas estrategias didácticas, el conocimiento sobre las curvas de aprendizaje, la flexibilidad curricular, la movilidad, los métodos de evaluación y seguimiento, las tecnologías de información y comunicación, la simulación, los laboratorios, entre otros, deben permear el quehacer del proceso enseñanza aprendizaje, volviéndolo más eficiente, individualizado e integral, y disminuyendo los tiempos de aprendizaje. Tanto profesores como estudiantes, deben reconocer que la formación de las especializaciones médico quirúrgicas, es un proceso altamente dinámico con cambios de paradigmas permanentes, sobre los cuales no solo se debe estar informado, sino que requiere una reflexiva capacidad de apropiación, adaptación y transformación.

CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR

Andrés Szwako

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay

Introducción: El consentimiento informado o ilustrado, más que un encuentro puntual para informar brevemente al paciente sobre su condición, diagnóstico y terapia indicada y gestionar la firma de un pliego, es un proceso educativo e interpersonal de constante evolución y dinámica a tono con la individualidad del paciente. El consentimiento informado es el instrumento mediante el cual el paciente ejerce su derecho a la autodeterminación y para ello el médico está en el deber de dar la información que aquel necesita. El requerimiento de obtener el consentimiento ha sido ampliamente fundamentado en un replanteamiento de la relación médico paciente tradicional, sustentado en el reconocimiento de la autonomía individual.

Objetivos: Determinar edad, sexo, Universidad de origen y año de egreso de los residentes. Establecer el nivel de conocimiento que tiene los residentes sobre el consentimiento informado en medicina. Determinar los temas menos conocidos sobre el consentimiento informado de los médicos residentes. Relacionar el año de Residencia y el nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado.

Material y métodos: Diseño: Estudio observacional, descriptivo, cuantitativo, de corte transversal, basado en cuestionario autoadministrado. Área de estudio: La investigación se llevó a cabo en los Programas de Residencia del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción y del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Muestra: 8 residentes del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción, 10 residentes del Sanatorio Adventista de Asunción y 29 residentes del Hospital Central del Instituto de Previsión Social que aceptaron llenar el cuestionario. Unidad de análisis: médicos residentes. Muestreo: no probabilístico, por conveniencia.

Métodos: Para la realización de este trabajo se utilizó un diseño intersujeto, en el que se le administraba un mismo cuestionario a cada uno de los sujetos de la muestra. El cuestionario de realización propia, basada en un estudio relacionado, consta de 10 ítems o preguntas cerradas, con 3 o 4 opciones cada una. Se realizó una prueba piloto con 3 residentes de una institución que no se incluyó en el estudio.

Resultados/conclusiones: El rango de edad de los residentes fue de 24 a 40 años, siendo mayor el grupo de 27 años; el sexo predominante fue el femenino; la Universidad de origen fueron varias, la gran mayoría del país; y año de egreso de los residentes estuvo en el rango de 2004 a 2012. El nivel de conocimiento de los residentes sobre el consentimiento informado en medicina fue alto y medio alto mayoritariamente. Los temas o ítem que mayor variabilidad de respuesta hubo fueron 3 principalmente y se refieren al fin del consentimiento informado, en qué principio ético se basa; y, si debiera dar más explicaciones que las aportadas en el formulario a los pacientes. Al relacionar el año de Residencia y el nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado se concluye que los de años superiores, 2º y 3º año, tienen un nivel más alto de conocimiento.

ADQUISICIÓN DE HABILIDADES EN EL MANEJO DE UNA CRISIS DE HIPERTERMIA MALIGNA: SIMULACIÓN DE ALTA FIDELIDAD VERSUS ESTUDIO DE CASO

Marcia Corvetto, Carlos González, Alejandro Delfino, Fernando Altermatt y Erika Himmel
Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: Los errores cometidos durante el diagnóstico y tratamiento se deben en gran parte a deficiencias cognitivas, especialmente las relacionadas con razonamiento clínico y toma de decisión, este proceso es complejo de evaluar y los facultativos desconocen la mejor forma de evaluarlo.

Objetivo: Comparar el logro de conocimientos y desempeños clínicos adquiridos por residentes de anestesia sometidos a un caso de hipertermia maligna, a través de 2 intervenciones, simulación clínica y estudio de caso.

Métodos: Posterior a la aprobación del Comité de Ética, 28 residentes de anestesia participaron en este estudio prospectivo, aleatorizado y ciego. Todos prepararon el manejo de una crisis de hipertermia maligna (HM),

mediante bibliografía y una clase teórica. Los participantes fueron aleatoriamente asignados a uno de dos grupos: estudio de caso (EC) o escenario de simulación (ES). El grupo EC trabajó en el caso a través de una plataforma virtual y el grupo ES participó en un escenario de simulación más su respectivo debriefing. Posteriormente, todos participaron en caso de HM simulado, que fue grabado en video. Los videos fueron evaluados por 2 observadores independientes y ciegos, que calificaron su desempeño usando una rúbrica. Los participantes realizaron un test de conocimiento previo y posterior al caso, más una encuesta de satisfacción. Dependiendo del tipo de datos obtenidos, se usaron pruebas paramétricas o no paramétricas con el programa SPSS (v.19).

Resultados: Todos los residentes completaron el proyecto. Al analizar conocimientos pre y post-test se observa una diferencia significativa a favor de simulación ($p = 0.032$). En relación con la satisfacción, se observan diferencias a favor de simulación, siendo más entretenida y logrando mejor los objetivos de la sesión. La comparación entre las evaluaciones de desempeño clínico entre las muestras se efectuó empleando la suma de las categorías de la rúbrica asignada por los evaluadores. Los resultados evidencian diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo simulación en la capacidad de jerarquizar conductas terapéuticas pertinentes ($p = 0.008$), reconocer precozmente complicaciones ($p = 0.028$) y comunicarse con el equipo de salud ($p = 0.014$). No hubo diferencias con la capacidad de realizar diagnóstico, reconocer diagnósticos diferenciales, establecer conductas en relación con el manejo de Dantrolene, tratar al paciente con principios éticos y capacidad de comunicación e interacción con el cirujano.

Conclusiones: El entrenamiento con simulación de alta fidelidad es mejor que el estudio de caso en satisfacción, adquisición de conocimiento y en 3 de los 8 elementos del desempeño clínico. Creemos que la falta de mejora en el resto de los elementos del desempeño clínico, podría deberse a ciertas limitaciones técnicas del diseño. Por ejemplo, la ausencia de diferencia en el diagnóstico puede deberse a que los residentes saben que vienen a un caso de HM. Debemos realizar esfuerzos para afinar nuestra herramienta de evaluación y lograr una mayor concordancia entre ella y el tipo de entrenamiento realizado. Se necesitan más estudios para evaluar poblaciones más grandes y para evaluar la mantención de las habilidades potencialmente adquiridas.

ORIENTACIONES EN DIDÁCTICA PARA LA FORMACIÓN DE COMPETENCIAS EN LOS POSGRADOS MÉDICOS

Leonor Galindo, María Elena Arango Rave
y Juan Antonio López Núñez
Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Introducción: Como resultado de la investigación denominada “Caracterización del modelo basado en competencias profesionales de educación médica desarrollado en doce especialidades clínicas y nueve quirúrgicas de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia - Colom-

bia. Hacia un nuevo enfoque”, se hace un aporte a la didáctica clínica para una mejor práctica docente y un desarrollo intencionado de competencias profesionales. Este conocimiento permite establecer directrices para la planeación, el desarrollo y la evaluación del proceso educativo.

Metodología: La investigación se desarrolló en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia entre los años 2011 a 2014, con un enfoque metodológico mixto, cualitativo y cuantitativo, y en ella participaron residentes, egresados, profesores y jefes de las 21 especialidades médicas. Los resultados de la investigación evidenciaron que las estrategias didácticas utilizados en la formación médica de las especialidades clínicas y quirúrgicas, exigen intencionalidad formativa del profesor hacia el residente, así como un buen manejo de la competencia comunicativa para que genere un espacio de respeto, cooperación y receptividad, que permita el desarrollo consciente de competencias genéricas y específicas que se requieren. Una actitud que permita el direccionamiento propositivo y retador hacia el logro de aprendizajes significativos.

Conclusiones: Existe una didáctica clínica propia que requiere ser aplicada con intencionalidad para potenciar la investigación y el aprendizaje significativo, favorecer la autonomía y estimular trabajo colaborativo. Se concibe al profesor como tutor mediador y al estudiante como el protagonista de su proceso de formación que desarrolla capacidades de pensamiento, espíritu investigativo y cualidades humanas que lo sensibilizan para las buenas prácticas médicas.

POLÍTICAS PÚBLICAS Y EDUCACIÓN DE RESIDENTES

Gabriela Juez
Universidad Mayor, Santiago, Chile

Introducción: Chile es un país con gran necesidad de especialistas y de que los mismos se comprometan a trabajar en el sistema público de salud, que atiende al 80% de la población y que jurídicamente está obligado a proporcionar atención de calidad garantizada y prestada por especialistas idóneos. “La Misión de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor es aportar a la sociedad mediante la formación de profesionales del área de la salud, emprendedores, con principios éticos, una sólida base científica, una visión holística del ser humano y que sean capaces de actuar en un entorno dinámico y cambiante. La Facultad además favorecerá el desarrollo de actividades propias del quehacer universitario y su vinculación con el medio, contribuyendo al desarrollo de la nación”. De tal modo que no podría prescindir de colaborar académicamente con las políticas públicas de Salud de Chile.

Objetivo: Formar especialistas idóneos y que se incorporen a todas las instancias de los servicios de salud chilenos.

Metodología: Desde el año 2006, se recibieron ofertas de Servicios de Salud de financiar becas de especialidades con destino asignado. Se consideró un valor agregado que un postulante a especialidades médicas estuviera dispuesto a comprometerse con la salud en el sistema público

chileno y que los Servicios de Salud de Chile privilegiaran la formación universitaria de sus especialistas. Se otorgó puntaje adicional por compromiso con servicios públicos en nuestro proceso de selección. Desde el año 2011, el Ministerio de Salud de Chile incrementó su relación con las universidades chilenas, invitándolas a coordinar sus procesos anuales de admisión con los concursos anuales de formación de especialistas que se centralizaron e intensificaron, destinando importantes recursos financieros para formar especialistas para Chile, en cantidad y calidad adecuadas a las necesidades estudiadas para cada Región y para el país. La Universidad Mayor se ha incorporado a los concursos nacionales, conservando su proceso de selección que el sistema nacional permite, aceptando habilitación de los postulantes por parte de las universidades.

Resultados: En el año 2005 se iniciaron seis especialidades médicas en la Universidad Mayor, comenzando con diez estudiantes financiados por sus propios recursos. Desde el año 2006, se promovieron las becas estatales y/o de instituciones en convenio. Al año 2014, existen 64 estudiantes en ocho especialidades, 80% becados por compromiso con organismos e instituciones públicas. Se han titulado 112 especialistas, que están trabajando todos en el sistema público; no obstante, también en forma privada y distribuidos a lo largo de todo Chile, literalmente desde América por el Norte a Magallanes por el Sur, los dos extremos del país. El 70% están incorporados a la docencia de especialistas y de médicos para diferentes universidades y para la Universidad Mayor en la Región Metropolitana y en Regiones.

Conclusiones: Se ha recorrido un camino complejo de colaboración con las políticas públicas chilenas que posiciona a la Universidad Mayor con una gran vinculación con el medio en cuanto a formación de especialistas.

EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD MAYOR

Edda Lagomarsino y Gabriela Juez
Universidad Mayor, Santiago, Chile

Introducción: La formación de médicos especialistas ha permitido generar profesionales de alto nivel. Los programas de especialidades médicas de la Universidad Mayor son diseñados en función del perfil de egreso, que incluye competencias de la especialidad y competencias sello de la universidad respecto al especialista que se titulará. Se evalúan periódicamente.

Objetivo: Mantener un sistema de aseguramiento de la calidad que contribuya al mejoramiento continuo de los programas, y al cumplimiento de los resultados esperados del proceso de enseñanza aprendizaje establecido.

Material y método: Se diseñó el método de evaluaciones (encuestas) anónimas en diversos niveles. a) Encuesta Anual para residentes de 1^{er} y 2^o año. Evalúa 5 niveles: Dirección Postítulo-Posgrado, Programa común, Programa de Especialización, Resultados Parciales y Evaluación Global de la Experiencia. Las respuestas consideran escalas de aceptación (muy buena, buena, regular y deficiente) además espacio para comentarios. b) Encuesta Titulados: 4 niveles:

Dirección Postítulo-Posgrado, Programa Común, Programa de Especialidad (grado de satisfacción, debilidades y fortalezas, mención mejores-peores docentes) y Evaluación Global (experiencias). c) Encuesta Egresados (3 años o más de experiencia laboral) 5 niveles: Aspectos Generales del Programa, Aspectos Prácticos, Aspectos Económicos, Posición Profesional Actual, Sugerencias, Comentarios. Los resultados se analizan en la Dirección de Especialidades Médicas, Comité Asesor Posgrado, profesores encargados programas, difusión y discusión ampliada con docentes.

Resultados: a) La encuesta se realiza desde el 2005. Total 175 residentes. Responden 75%. Cada año los becados han opinado acerca de estas evaluaciones en sesión presencial con Directoras de Posgrado, Profesores Encargados. Los resultados son discutidos en campos clínicos, y se han propuesto soluciones, coordinando recursos universitarios y de campos clínicos, participando activamente los estudiantes en buscar soluciones. b) El 83.5% de los titulados responde. Entre el 2008 y 2014 han egresado 112 especialistas: 22 Anestesiólogos, 4 Geriatras, 17 Neurólogos, 14 Pediatras, 31 Psiquiatras y 24 Radiólogos. La evaluación de programas en promedio fue con nota 6.2 (escala 1 a 7). c) Egresados con 3 años trabajo en su especialidad (egresados 2008 y 2009) son 77. Anestesia 17, Geriatria 2, Neurología 12, Pediatría 11, Psiquiatría 17 y Radiología 18, trabajando de Arica a Magallanes. El 99% trabaja en Servicios Públicos. Hace una Subespecialidad un 5%. El 70% ejerce Labores Docentes Universitarias.

Conclusión: En la búsqueda de la excelencia en la formación de residentes, estamos viviendo una enseñanza de la medicina globalizada, estandarizada y evaluada tanto del docente como de estudiantes que son el centro del proceso. Las encuestas son un buen método para conocer, satisfacer las aspiraciones y mejorar las mallas. Las infraestructuras para el desarrollo de los programas y la disposición de docentes son consideradas adecuadas para los alumnos. La duración de 3 años es considerada como suficiente, y las destrezas adquiridas son satisfactorias. El 100% se encuentra preparado para desempeñarse en su especialidad y recomendaría el programa.

PROCESO DE ACREDITACIÓN DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL FAMILIAR DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Isabel Segovia Dreyer, Eleana Oyarzún, Reinaldo Muñoz Sepúlveda, Mónica Niveló Clavijo y Macarena Moral López
Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: Para resguardar la calidad en la formación de los especialistas los programas universitarios deben acreditarse, primero ante ASOFAMECH, y desde el año 2009 ante Ápice. Este proceso significa cumplir con los requisitos generales y específicos de cada especialidad, realizar un proceso de autoevaluación y evaluación de los estudiantes, y ser visitado por pares evaluadores externos que perfeccionan el informe para la decisión del Consejo. Como especialidad nueva la Medicina Familiar ha debido elaborar su proceso para presentar los estándares solicitados.

Objetivos: Describir el proceso de acreditación del Programa de Formación de Especialista en Medicina General Familiar de la Universidad de Chile Metodología Descripción del proceso vivido de acreditación.

Resultados: En marzo del año 2011, el comité del programa planifica la nueva acreditación del programa. Se programan reuniones semanales de una hora, que se realizan hasta junio del año 2012. Se reúnen los antecedentes, revisando los documentos de Ápice, así como documentos de acreditación presentados por otras especialidades, reconociendo la poca utilidad de estos últimos para un programa ambulatorio. Se tiene reunión en Ápice y en la Escuela de Posgrado, para información del proceso. La Escuela de Posgrado facilita un médico asesor para apoyar el proceso, quien orienta inicialmente. Se reúnen los diferentes programas de las Asignaturas, actualizados al año 2011, así como la lista de los docentes según estándar solicitado. Docentes y residentes actualizan el perfil de formación. Luego se inicia el llenado del formulario para acreditación de programa y centros. Se reconoce que la especialidad debe crear sus propios estándares de las Unidades. Se decide presentar los Centros de Salud Familiar (Cesfam) de la Asignatura de Medicina General Familiar como unidades o centros principales de formación, y de las otras Asignaturas clínicas el Departamento responsable de cada rotación, el Centro Diagnóstico y Terapéutico y tutor correspondiente. De cada uno se averigua la información de docencia de pre y posgrado, así como los docentes que participen directamente en el programa, con los datos solicitados de horas universitarias y asistenciales. De los Cesfam se recoge la información de la comuna, Servicio de Salud, población inscrita 2012, Nº sectores y existencia de SAPU comunal, dotación de recurso humano, consultas totales, consultas de morbilidad totales, adultos y niños, existencia de laboratorio, electrocardiograma, espirometría y ecografía obstétrica, acceso a internet. Luego el comité realiza una autoevaluación, validada con los docentes del programa, analizando fortalezas y debilidades de las instituciones formadoras y colaboradoras, los centros de formación, los recursos humanos, el ingreso y selección de los residentes, el programa, el seguimiento del proceso formativo y la evaluación. La Escuela de Posgrado envía un formulario de opinión del programa a los residentes, que se tabula y gráfica. La Escuela de posgrado envía la documentación a Ápice, recibiendo la visita de los pares evaluadores en julio 2013, acreditando en septiembre 2013 por 7 años.

Conclusiones: La acreditación del programa y centros en Medicina Familiar requiere de una pauta propia para confeccionar sus estándares de acreditación. Debemos compartir nuestras experiencias para facilitar el proceso de acreditación.

TEACHING MEDICAL NARRATIVES TO RESIDENTS

Sylvia Porto Pereira, Jaqueline Fernandes,
and Bianca De Angelis
*Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira Institute,
Rio de Janeiro Federal University, Rio de Janeiro, Brazil*

Introduction: Emotional competencies should be developed in Residency Education. Medical Narrative, linguistic form of expressing suffering is powerful pedagogical tool.

Objective: To teach Medical Narrative to residents. Methods Used: Weekly meetings in University Hospital, Rio de Janeiro, Brazil, February/November 2012. Preceptor/20 residents: discussion of articles; presentation of films, books, songs about experience of illness, selected by preceptor and residents; writing and reading narratives written by residents.

Results obtained: Part of one narrative written by resident "I decided to tell you about a patient I met and one child that made me sure about my choice - T. When I met her, she was four, two years before, diagnosed acute lymphoblastic leukemia. There were many times when I had to withdraw blood sample from T. But, even feeling pain because of the needle, she never moved her arm or writhed on the bed. Tears dripped down her eyes, she just asked me to finish quickly and to blow because the pain eased. And I was impressed how such a small girl could understand the need for that pain I was causing her, without letting that fact negatively impact our relationship. Even hospitalized, sick, receiving strong and debilitating medications, I think she was happy. She used to play with her fellow ward, attended the playroom, painted very colorful designs and always had news to tell me. Even in that limited environment, she lived her life, and made sure to share it with me".

Conclusion: Medical Narrative is helpful in understanding the patient. Experience of suffering must integrate Residency Education.

DIAGNÓSTICOS EN CONSULTA DE RESIDENCIA DE NEUROLOGÍA EN CENTRO DE SALUD FAMILIAR PABLO DE ROKHA, SANTIAGO DE CHILE

Juan Idiaquez, Alberto Prat y Jorge Lasso
Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

Introducción: Desde el año 2007 el Ministerio de Salud de Chile implementó un Programa de Formación de Especialistas Básicos para la Atención Primaria de Salud (FOREAPS), el cual consiste en un período de 6 años donde se alterna estadias en centro formador terciario y centro de salud familiar (CESFAM). La presencia de residentes en la atención primaria, tiene el fin de aumentar la capacidad resolutive y abordar los problemas de salud de alta prevalencia de una forma más costo efectiva.

Objetivo: Determinar la frecuencia y tipo de diagnósticos realizados en consulta de residencia de neurología en CESFAM Pablo de Rokha. Metodología: Estudio retrospectivo observacional, se identificaron los diagnósticos realizados por Residente de Neurología en 12 meses consecutivos, a partir de derivaciones de profesionales de la salud del CESFAM. Se registraron variables demográficas y diagnósticos categorizados según CIE-10.

Resultados: De 1,114 cupos disponibles se atendieron a 820 pacientes (inasistencia 26.4%). Consultaron por primera vez 486 mayores de 15 años. Edad promedio 54.85 años, con un rango entre 15 a 98 años. Trescientos dos (62%) fueron mujeres. 225 (46.2%) fueron mayores de 60 años. El diagnóstico más frecuente en población menor a 60 años fue Cefalea seguido por Epilepsia, en pobla-

ción mayor de 60 años el diagnóstico más frecuente fue Demencia seguido por Enfermedad de Parkinson. El diagnóstico no neurológico más frecuente fue Depresión con 42 (8.6%) y Trastorno Ansioso con 14 (2.8%).

Conclusión: Los principales diagnósticos realizados corresponden a enfermedades crónicas, al igual que lo descrito en otras series.

IMPACT OF RESIDENCY PROGRAMS ACCREDITATION PROCESS ON QUALITY CARE AND TRAINING

Sylvia Porto Pereira, Ildenê Loula, Fernanda Rodrigues, Elba Ribeiro, and Vera Bortoluzzo
Servidores do Estado Federal Hospital, Rio de Janeiro, Brazil

Introduction: In-service training, insert in health network influences and is influenced by the contingencies of the real world. Medical Residency (MR), regulated in 1977 in Brazil is managed by rules and resolutions that establish criteria for the operation of the programs at accredited institutions. **Objective:** To present the accreditation processes of RM programs as inducers devices of improve care and training. in a Teaching Hospital of the Unified Health System (SHS), Brazil.

Methods: Used from March 2011 to May 2013 there were 52 MR programs to be accredited or reaccredited in a Teaching Hospital of SHS, Brazil, in clinical and surgical areas. The planning period approached education managers, mentors, coordinators and health teams to match the daily services with the current legislation. Pedagogical projects were updated. The Institution was mobilized in different dimensions. There was a collective effort to promote improvements in all institutional activities.

Results obtained: Fifty two MR programs were approved. Gains resulting from this "task force" benefited other educational activities, such as Nursing, Pharmacy and Public Health Residencies. A Multidisciplinary Center was created for support of teaching and research activities, strengthening the teaching-learning process.

Conclusion: The process of accreditation of MR programs mobilizes collective work beyond teaching activities. Exposes the Institution to an external look, destabilizes and restless; imposes an additional effort to review processes and permanently qualifies actions to promote management, care and training.

SELECCIÓN DE RESIDENTES EN PARAGUAY 2014: COMISIÓN NACIONAL DE RESIDENCIAS MÉDICAS

Andres Szwako y Diana Yuruhán
Instituto Nacional de Salud/Instituto de Previsión Social, Paraguay

Introducción: La Comisión Nacional de Residencias Médicas (CONAREM) fue creada por Resolución SG N° 1104/04 del 20 de septiembre del 2004 y modificada por la Res. SG N° 303 del 6 de mayo de 2005; y que tiene como objetivos la planificación, la organización y el control de las

ofertas de Programas de Residencias Médicas en todo el país. Tiene como sede el Instituto Nacional de Salud; está integrada por autoridades del Ministerio de Salud Pública y Bienestar social, del Instituto de Previsión Social, de la Organización Panamericana de la Salud y por los Directores de las Unidades Formadoras. La CONAREM es coordinado por el/la Directora/a General del Instituto Nacional de Salud, quién a su vez nombra a un Secretario/a Ejecutivo/a.

Objetivos: 1) Relatar el proceso para acceder a una Residencia Médica en Paraguay a través de la CONAREM. 2) Examinar y describir los resultados del proceso de elección de residentes del año 2014

Material y métodos: Diseño: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Área de estudio: La investigación se llevó a cabo con la base de Datos de la Comisión Nacional de Residencias Médicas, desde el año 2004 al 2014. Muestra: Todos los inscritos al concurso de ingreso de residencia a través de la CONAREM, desde el año 2005 al 2014. **Métodos:** Para la realización de este trabajo se utilizó la base de datos de la Comisión Nacional de Residencias Médicas (CONAREM). Se revisaron todos los inscritos el año 2014 y se procedió a tabular los datos en el programa Excel.

Resultados/conclusiones: El proceso para acceder a las residencias en el Paraguay a través de la CONAREM, se realiza desde el 2005 en una fecha única, establecida 4 a 6 meses antes del mismo. Los principales involucrados, que son el Ministerio de Salud y el Instituto de Previsión Social, ofrecen poco más del 70% de las plazas de residencias. El postulante se presenta a un examen único, elaborado en el día, de 80 ítems con lo cual se confecciona un listado por orden decreciente de puntaje obtenido (para evitar marcaciones al azar, el reglamento establece que por cada 3 marcas incorrectas, se disminuye 1 (un) punto del total de puntos correctos). En función de ese listado, se realiza la elección de plazas en acto público. En el año 2014 estuvieron ofertadas 325 plazas de residencias y se inscribieron al concurso 792 postulantes y la razón entre sexos fue de 1.5 a favor del femenino. La moda de edad fue de 25 años. 436 de los inscritos, concluyeron su carrera en el 2013. El día de elección de plazas se presentaron 748 postulantes y el número de orden 412 eligió la última plaza libre. Hubo fuerte correlación entre la edad de los postulantes y el promedio de notas del pregrado, así también entre el promedio de notas y el puntaje obtenido en el examen de admisión. No hubo correlación entre la edad de los postulantes y sus puntajes.

INCORPORACIÓN DEL ANÁLISIS DE MOVIMIENTO DE MANOS EN LA VALIDACIÓN PARA UN MODELO DE SIMULACIÓN EN URETEROSCOPIA SEMIRRÍGIDA

Sebastián Sepúlveda, Hernán Toledo Jaureguiberry, Gastón Astroza Eulufi, Alvaro Saavedra Zamora y José Antonio Salvadó Besnier
Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La ureteroscopia es un procedimiento endoscópico complejo que requiere una larga curva de aprendizaje. Existe un nuevo consenso de que se puede

realizar parte del aprendizaje de este procedimiento en modelos de simulación.

Objetivo: Efectuar la validación de constructo (capacidad de diferenciar entre niveles de experiencia para un procedimiento) con el uso del ICSAD (The Imperial College Surgical Assessment Device) en un modelo simulado que permite la realización de ureteroscopia semirrígida.

Materiales y métodos: Entre noviembre del 2013 y enero del 2014 se efectuó la validación del modelo de simulación de alta fidelidad para ureteroscopia. Se utilizaron como herramientas de evaluación parámetros clásicos que incluyeron una escala de evaluación global del desempeño quirúrgico (GRS), asociado a un checklist de tareas específicas y la medición de economía de movimiento de manos en tres grupos de médicos con diferentes niveles de entrenamiento en el procedimiento (sin experiencia, experiencia variable y expertos).

Resultados: Se reclutaron 20 participantes, 9 en el grupo sin experiencia, 9 en el grupo de experiencia variable y 2 en el grupo de expertos. Al comparar los resultados de los 2 primeros grupos con el grupo de expertos todas las variables analizadas muestran diferencias estadísticamente significativa a favor del grupo de expertos, específicamente para el número de movimiento de manos en el grupo de expertos fue 269 versus 287 para el grupo de experiencia variable y 716 para el grupo sin experiencia ($p = 0.02$), respecto a la distancia recorrida está fue de 52.7 metros en el grupo de expertos versus 91.1 m en el grupo de experiencia variable y 151 m en el grupo sin experiencia. ($p = 0.02$). Así mismo se demostró diferencia significativa en el GRS y checklist.

Conclusión: El dispositivo de evaluación quirúrgica del Colegio Imperial (ICSAD) es una herramienta objetiva que permite la evaluación de habilidades técnicas en un modelo simulado de ureteroscopia semirrígida logrando a través de la aplicación de este, la validación de constructo del modelo.

EDICIÓN GUIADA DE VÍDEOS QUIRÚRGICOS COMO MÉTODO DE APRENDIZAJE NEUROQUIRÚRGICO

Esteban Espinoza, Andres Horlacher Kunstmann y Carlos Bennett Colomer
Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

El desarrollo de habilidades técnicas es un objetivo fundamental en el desarrollo de la residencia de Neurocirugía. La disponibilidad de microscopios y endoscopios con capacidad de grabación de video permiten la obtención de imágenes susceptibles de edición. Esta última acción representa un desafío y una oportunidad única para poder adquirir habilidades prácticas, consolidar conocimientos adquiridos en pabellón y dejar registro de las intervenciones realizadas para su difusión en futuros residentes.

Objetivo: Describir la implementación de la edición tutorizada de video por parte del residente de neurocirugía en el Hospital Carlos Van Buren. En 2014 se instauró la metodología de edición de video tutorizada posterior a cada cirugía, con un formato de video preestablecido de 5 minutos. Posterior a pabellón se realiza edición por

el residente guiada por el cirujano, utilizando iMovie. El proceso de edición permite al residente identificar los diferentes tiempos quirúrgicos, reconocer los pasos claves de la cirugía, localizar errores y adquirir conocimientos de la anatomía quirúrgica.

Conclusión: La edición tutorizada de videos quirúrgicos por el residente permite consolidar el conocimiento adquirido en pabellón, a su vez de permitir una excelente experiencia de aprendizaje para residentes y neurocirujanos.

¿CUÁNTAS INTERVENCIONES REALIZAN LOS RESIDENTES DE UN PROGRAMA DE POST-TÍTULO DE CIRUGÍA GENERAL DE 3 AÑOS?

Ramos Castillo, Juan Alvarado, Cristóbal Maiz, Nicolás Jarufe y Felipe Bellolio
Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: Se han definido objetivos mínimos para la formación de Cirujanos Generales (Hepp; 2008), pero no existen reportes actualizados que den cuenta del cumplimiento de los mismos. El objetivo de este trabajo es realizar un análisis descriptivo de las intervenciones quirúrgicas que realizan los residentes del Programa de Cirugía General (PCG) de la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC).

Materiales y métodos: Se solicitó el registro de operaciones realizadas en rol de 1^{er} cirujano a los 26 egresados entre 2012-2014 del PCG. Se recibieron registros completos de 21 (89%) ex-residentes. Se realizó análisis descriptivo a partir de 10.102 operaciones realizadas durante sus 3 años de formación en la PUC. Se utilizó Chi-cuadrado para comparación de variables categóricas.

Resultados: El promedio de intervenciones por residente fue 481 (20% en 1^{er} año). Las más frecuentes fueron (promedio por residente; porcentaje del total): colecistectomía laparoscópica (115; 23.9%), apendicectomía clásica (89; 18.6%), hernioplastia (43; 9%), apendicectomía laparoscópica (34; 7.1%) y colecistectomía clásica (25; 5.1%). Operaciones de especialidades derivadas que más se realizaron: colectomías (12; 2.4%); tiroidectomía/paratiroidectomía (9; 1.9%), accesos vasculares (8; 1.6%), toracotomía/VATS/esternotomía (5; 1.1%) y cirugía de mama (4; 0.9%). Un 53% de las intervenciones fueron de urgencia, observándose una inversión de la proporción electiva vs. urgencia a lo largo de la formación (62 vs. 38% en 1^o y 34 vs. 66% en 3^o; $p < 0.002$). De las intervenciones abdominales (promedio por residente: 366), 58% fue por laparotomía y 42% por laparoscopia. Un 74% y 26% de todas las intervenciones se realizaron en centros de Santiago y regiones, respectivamente.

Conclusiones: Los residentes de CG de la PUC logran completar un volumen considerable de intervenciones en rol de primer cirujano en 3 años de formación, superando las exigencias mínimas establecidas previamente. Una significativa proporción de intervenciones las realizan por vía laparoscópica, pese a la mayor curva de aprendizaje implicada. Se observa un alto porcentaje de intervenciones de urgencia, para lo cual ha sido clave el contar con centros clínicos en regiones.

EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN UN PROGRAMA DE CIRUGÍA GENERAL

Richard Castillo, Juan Alvarado, Cristóbal Maiz,
Nicolás Jarufe y Camilo Boza
Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La incorporación de cirugía mínimamente invasiva ha generado cambios en la actividad quirúrgica, exigiendo modificar los currículum de formación. El objetivo de este trabajo es describir los procedimientos laparoscópicos abdominales que se realizan en un Programa de Cirugía General (PCG) de un centro universitario.

Materiales y métodos: Análisis descriptivo del registro de procedimientos abdominales laparoscópicos, realizados en rol de primer cirujano por Residentes del PCG (egresados 2012-2014) de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en sus campos clínicos (hospitales UC, Sótero del Río, Talca y Los Ángeles). De 26 residentes, 21 contaban con registro completo. Los egresados 2013 y 2014 tuvieron entrenamiento formal en simulación laparoscópica. Se utilizó Chi-cuadrado para comparar variables categóricas.

Resultados: Los 21 residentes realizaron 7,690 procedimientos abdominales, 3,216 (42%) fueron laparoscópicos (promedio por residente: 153). Este abordaje alcanzó un 68% en Hospital UC. Del total laparoscópico un 44% fue de urgencia. En promedio cada residente realizó: 150.4 (98.2%) intervenciones laparoscópicas de baja complejidad (colecistectomía, apendicectomía y laparoscopia exploradora simple); 1.5 (1%) de complejidad intermedia (hernioplastia y operación de Nissen), y 1.2 (0.8%) de alta complejidad (cirugía gastro-duodenal, intestinal y laparoscopia exploradora compleja). Las intervenciones más frecuentes fueron colecistectomía 2,413 (75%) y apendicectomía 715 (22%). Destaca la realización de: 31 hernioplastias y 25 intervenciones con sutura intracorpórea (úlceras pépticas perforadas, cirugía intestinal y bariátrica). Se observó aumento significativo de cirugías laparoscópicas abdominales por residente en primer año de formación a través de las generaciones (51% para 2014 vs. 44% para 2012 y 2013; $p = 0.002$).

Conclusión: En un PCG universitario la introducción de cirugía laparoscópica es importante en el volumen total de procedimientos realizados por los residentes, dando cuenta de las patologías más prevalentes en nuestro medio, tanto en indicaciones electivas y de urgencia. El incremento de cirugía laparoscópica abdominal en primer año coincide con la incorporación formal de programas de simulación.

TRANSFORMACIÓN DE LOS CONTENIDOS TEÓRICOS DEL PROGRAMA DE ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGÍA EN UN DIPLOMADO DE FORMATO B-LEARNING

Ana Oliveros, Verónica Mertz, Marcia Corvetto,
Alejandro Delfino y Rene De la Fuente
*División de Anestesiología, Escuela de Medicina,
Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile*

Introducción: La Anestesiología es la segunda especialidad en déficit por número de habitantes, según el Ministerio de

Salud. Lamentablemente, la mayor parte de los programas de formación de la especialidad tienen restricciones a su crecimiento determinadas por la oportunidad de exposición a diferentes especialidades quirúrgicas. Asimismo, crear nuevos programas requiere de una masa crítica de docentes no siempre disponible en los centros que desean formar especialistas. Por otra parte, sabemos que hay un gran número de médicos que ejercen la especialidad sin acreditación, que creemos se podrían beneficiar de un estudio guiado para realizar su examen de especialidad, regularizando su situación, y mejorando su práctica habitual.

Métodos: Durante el año 2012 nuestra División de Anestesiología UC tomó la decisión estratégica de realizar un cambio radical en la forma de entregar los contenidos teóricos del Programa de Especialidad. Se transformó la manera de enseñar: desde las clases presenciales en horarios fijos, a la modalidad de b-learning, que es una mezcla de actividades en línea con actividades prácticas basadas fuertemente en la simulación, discusión de casos en grupo pequeño y conferencias de expertos. Una vez generados los contenidos en la plataforma Sakai, se decidió ofrecer el curso de 11 módulos como un Diplomado para alumnos externos, a través de Educación Continua de la Universidad, y posteriormente de la Escuela de Medicina.

Resultados: En su primera versión el año 2013, recibimos a 13 alumnos, 2 de ellos provenientes de un Programa de Especialidad de otra universidad. Once aprobaron el diplomado, uno congeló por motivos de salud y otro abandonó por motivos laborales. Tres alumnos tenían como objetivo su acreditación, uno actualizar sus conocimientos y los 5 restantes querían postular al programa de la especialidad al año siguiente. Cada módulo fue evaluado con una encuesta de satisfacción, con una escala de Likert de 1 a 4, en la cual se evaluó, entre otros, si los alumnos consideraban relevantes los temas (promedio 3.69), adecuadas las metodologías de enseñanza (promedio 3.25), amigable la plataforma (promedio 3.41), y si la tutoría había sido de ayuda para la realización del Diplomado (promedio 3.21). El ítem peor evaluado fue el tiempo para realizar las actividades había sido suficiente (promedio 2.97). Con esta información realizamos cambios en todos los módulos, ajustando la carga de lecturas y actividades de aprendizaje para no superar el tiempo de dedicación declarado de 10 horas semanales.

Conclusiones: La oferta de nuestro diplomado en la modalidad de b-learning tuvo una excelente acogida. Tanto los contenidos como los docentes y la modalidad de aprendizaje fueron muy bien evaluados por los alumnos. Gracias a su retroalimentación, mejoramos la relación entre los contenidos, el cronograma para el auto aprendizaje y las evaluaciones, como también el desempeño de la plataforma. Así, hemos observado que en la versión 2014, se han duplicado los alumnos sin mayor publicidad.

CAPACIDAD DE DISCRIMINACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN COGNITIVA EN ALUMNOS DE UN PROGRAMA DE RESIDENCIA MÉDICA EN LIMA, PERÚ

Cristian León y Javier Cieza
Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

Introducción: En los programas formales de residencia médica, una de las preocupaciones más relevantes es la evaluación de los aprendizajes y competencias. Los estudiantes constituyen la fuente de información básica para evaluar la calidad, pertinencia y equidad de su propia formación, por lo que es necesario elaborar instrumentos de evaluación con la capacidad de discriminar a aquellos estudiantes con logros aceptables en la esfera cognoscitiva e identificar a aquellos en quienes se debe intervenir con mayor cuidado. Un instrumento de evaluación muy usado es el cuestionario estructurado objetivo, siendo el de alternativas verdaderas o falsas usado con ciertas observaciones a su validez y confiabilidad por la alta probabilidad de usar el azar en las respuestas.

Objetivo: Describir los resultados de la aplicación de un cuestionario verdadero o falso sobre conocimientos básicos de nefrología a un grupo de residentes de medicina de distintas especialidades luego de su rotación por un servicio docente de nefrología y evaluar su capacidad de discriminación de lo cierto de lo falso.

Material y métodos: Se evaluaron 69 residentes del programa de segunda especialización en medicina, quienes realizaron una pasantía por el Servicio de Nefrología; al final de la rotación, respondieron un cuestionario elaborado por un grupo de profesores sobre nefrología básica, con 70 preguntas, de las cuales 35 eran verdaderas y 35 falsas. A cada evaluado se le calculó su sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo respecto al patrón de oro. Para calcular la "asertividad" o la probabilidad de respuestas por azar, se utilizó el estadístico kappa considerando un valor $p < 0.05$ como significativo.

Resultados: El coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach fue de 0.7962 lo que da validez al instrumento. La sensibilidad, especificidad, Valor predictivo positivo y Negativo y el coeficiente kappa fueron respectivamente: 0.69 ± 0.13 DE; 0.64 ± 0.16 DE; 0.71 ± 0.15 DE; 0.68 ± 0.17 DE, 0.34 ± 0.31 DE. La correspondencia de los distintos niveles de sensibilidad con la concordancia medida por el estadístico kappa muestra que la mejor capacidad de discriminación se da en aquellos estudiantes con baja sensibilidad y baja especificidad (88.24 y 95.24%, respectivamente); así mismo, existe una buena correlación directa lineal y estadísticamente significativa entre la sensibilidad, especificidad y el estadístico kappa (0.74 y 0.78, respectivamente, con $p < 0.01$).

Discusión y conclusiones: Una de las observaciones más frecuentes en relación con los cuestionarios cuyas respuestas están limitadas a dos alternativas verdaderas o falsas, es la mayor probabilidad de responder acertadamente por el azar. El poder discriminatorio puede ser determinado desde varios puntos de vista, nosotros planteamos un análisis estructurado de la capacidad predictiva y discriminativa del test basándonos en características como la sensibilidad, la especificidad y su relación con el coeficiente de correspondencia kappa. Concluimos que si se desarrolla un test objetivo de alternativas verdaderas y falsas bien estructurado y validado en relación con un área del conocimiento específico, el análisis propuesto a través de la sensibilidad, especificidad y coeficiente de correspondencia kappa puede discriminar entre aquellos estudiantes con conocimientos sólidos de aquellos cuyas decisiones son hechas por azar.

GESTIÓN DE LA FORMACIÓN: UN MODELO DE EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FORMADORA DE LAS RESIDENCIAS DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Margarita Aulicino, María Julia Giorgi, Karina Frieria, Gabriel Listovsky y Patricia Rodríguez
Dirección General de Docencia e Investigación, Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Introducción: La Dirección de Capacitación y Docencia (DCyD) gestiona integralmente las residencias médicas, del equipo de salud y de apoyo. Total 2,861 residentes. Esta dimensión y complejidad produjeron diferencias en la calidad de formación de una misma especialidad según cada sede. Solo se contaba con procesos fragmentados, heterogéneos e incompletos de evaluación. Relevamientos preeliminarios (2006-2010), visibilizaron el problema, dando lugar a la elaboración de una herramienta propia de evaluación, que abarque las particularidades del sistema de la Ciudad. Nos proponemos mostrar un modelo de evaluación de la capacidad formadora de las sedes, acompañado de la opinión de los usuarios.

Objetivo: Proveer herramientas de gestión para garantizar la equidad y calidad de formación en todas las sedes de una misma especialidad y en el sistema en general.

Metodología: Talleres, consulta con expertos, experiencia piloto, encuestas, reuniones de equipo (coordinadores de residencias, profesionales DCyD, grupo de mejora ad hoc).

Resultados: 1) Marco normativo y constitución equipo de mejora. 2) Encuestas: Motivación para elegir residencia: consolidar formación integral (45%) y adquirir experiencia hospitalaria (25%). Grado de cumplimiento de las expectativas 78%. 47% define la residencia como irremplazable. 3) Instrumento único de evaluación. 4) Circuito único de elevación de informe a autoridades.

Conclusiones: La creación de herramientas de gestión aporta al cumplimiento de rol del Estado de garantizar la calidad de la formación de los profesionales de la Salud en el sistema de residencias de la CABA, facilitando la toma de decisiones.

ENHANCING READINESS FOR COMPREHENSIVE CARE PRACTICE: A BASELINE SURVEY FOR FAMILY MEDICINE RESIDENCY

Maria Palacios, Ivy Oandasan, Jose Pereira, Douglas Archibald, and Angela Coleman
University of Calgary, Calgary, Canada

Introduction: According to the Accreditation Standards for medical schools in North America the curriculum of a medical education program must include clinical experience in primary care (PC). Palliative and End-of-Life Care (PEoLC) is an essential component of PC and thus, it is the responsibility of medical schools and accreditation bodies to ensure adequate coverage. In Canada, primary care is represented by the specialty of Family Medicine (FM); therefore, understanding what learning experiences students have prior to FM residency is important for curriculum planning.

Objective: To highlight the findings in regards to PEOLC of a pilot survey completed by incoming FM residents about their experiences in medical school, and their future intentions to practice. Design: Data were collected from residents in five FM programs across Canada who volunteered to participate in the pilot study in 2012 (n=317; response rate=69.8%); and seven programs in 2013 (n=449; response rate=88.9%). The survey consisted of multiple choice and Likert scale items. Data collection took place immediately upon entry to the FM residency program. **Results:** 51% of residents in the 2012 cohort and 54.2% in the 2013 cohort reported no to minimal exposure to PEOLC, while only 2.8% in the 2012 cohort and 2.7% in the 2013 cohort reported a great deal of exposure. Regarding future practice intentions, 31.2% of residents in the 2012 cohort, and 23.6% in the 2013 cohort reported being either not at all likely or not likely to provide PEOLC. **Conclusions:** Participants' self-reported exposure to different FM domains reflects important deficiencies in the scope of comprehensive care covered in medical schools. A big gap in exposure and intentions to practice PEOLC compared to other areas was identified. This baseline data may help curriculum planners consider the redesign of the undergraduate and postgraduate curricula to help medical trainees achieve their expected PEOLC competencies.

INTERPERSONAL RELATIONSHIPS IN PRECEPTORSHIP: CONFLICT AS A TRANSFORMER ELEMENT IN RESIDENCY EDUCATION

Sylvia Maria Porto Pereira, Denise Herdy, Paula Gomes, Ana Lúcia Figueiredo, and Ana Paula Martins
Servidores do Estado Federal Hospital, Rio de Janeiro, Brazil

Introduction: The technical-scientific overvaluation leads to neglect conflicts, coping strategies and humanistic relationships inherent to Residency Education.

Objective: To report the debate about "Conflict" and Residency Education, at the II Preceptorship Meeting: "Education: Transformer Element in Social Relationships in Health", March/2012, Rio de Janeiro, Brazil. Methods used: Population: 20 preceptors from four Residency Programs. Step One: participants were asked to define "Conflict". Step Two: Two problem-situations were presented for debate. Situation 1: patient disobeyed recommended rules; she was reprimanded, replied exalted; the resident, in the same tone, objected to her; preceptor, at the scene, was omitted. Situation 2: resident questions preceptor about deficiency in Residency Program; refers desire to leave Residency Program.

Results obtained: Step One: about the word conflict: lack of harmony; may not be expressed; may reflect itself as "disorder"; conflict may be productive, inducing reevaluation/reflection. Step Two, Situation One: Conflict: misconduct of patient; inadequate attitude of the resident, silent preceptor. Resolution: to guide resident and patient; welcome; bond with customers; adequate professional attitude; during educational process, preceptor

should act analyzing problem situations, organizing the process, proposing adjustments. Situation Two: Conflict: frustrated expectations of the resident; uncertainty about roles and tasks of residents and preceptors; preceptor ignores skills to be acquired by residents in Residency Education; misconception of the preceptor about his pedagogical role. Resolution: continuing education for preceptors; construction of roles and tasks in participatory mode; tools for action; welcoming competence.

Conclusion: Conflict, inevitable and desirable may be a path of the change. Preceptors must understand conflict as an object of their work.

EVALUACIÓN DE LA DOCENCIA CLÍNICA DEL PROGRAMA DE ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA, PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE. RESULTADOS DE 623 EVALUACIONES

Ximena Triviño, Katia Abarca, Ana Wright y Jaime Cerda
Centro de Educación Médica, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La evaluación de la docencia clínica es un componente esencial de los programas de postítulo, que informa sobre su cumplimiento y calidad, y facilita la toma de decisiones para perfeccionarlos. El presente estudio actualiza nuestro análisis anterior (julio 2012-junio 2013: 403 encuestas), incorporando nuevas evaluaciones realizadas desde julio 2013 hasta diciembre 2013.

Objetivo: Determinar la percepción de los residentes sobre la docencia en las rotaciones clínicas, analizar la consistencia interna del instrumento de evaluación y calcular la tasa de respuesta.

Metodología: Se aplicó una encuesta anónima a residentes del Programa de Especialidad en Pediatría al finalizar cada rotación, desde julio 2012 hasta diciembre 2013. Contiene 11 indicadores: Tiempo estudio personal (horas/semana), Cumplimiento de objetivos (%); Profesores, Métodos, Feedback, Evaluación, Fuentes de información, Organización, Campos clínicos/equipamientos, Infraestructura/recursos y Nota global, utilizando una escala de 1-7.

Resultados: Se analizaron 623 encuestas, de 36 rotaciones (promedio 17 encuestas por rotación). El tiempo promedio de estudio fue 12.4 horas/semana y el logro de objetivos 85.2%. Las áreas mejor evaluadas fueron Profesores (promedio 6.52) y Campos Clínicos/Equipamientos (promedio 6.46), y los peores fueron Feedback (promedio 5.97) y Métodos (promedio 6.06). En el análisis de consistencia interna, la encuesta presentó un alfa de Cronbach de 0.900. Respecto a las 9 áreas evaluadas, 8 presentan tasa de respuesta mayor a 95%, con excepción de Feedback (93.6%). Las preguntas "tiempo promedio de estudio" y el "logro de objetivos" presentaron una tasa de respuesta de 81.2% y 70.0%.

Conclusiones: Los resultados indican que es posible mantener en el tiempo la evaluación de las rotaciones clínicas mediante este instrumento de adecuada consistencia interna con una alta tasa de respuestas. La metodología permite identificar las áreas de mayor fortaleza y las que requieren mejoras (feedback y métodos).

ESTÁCIO DE SÁ UNIVERSITY

Sylvia Porto Pereira and Maria de Fátima Coutinho
Estácio de Sá University, Rio de Janeiro, Brazil

Introduction: Profile of medical graduates: general, humanistic, critical, reflective, ethical, with social responsibility, recommended by Graduate Medical Course National Curriculum Guidelines, Brazil, 2011/2014 should be pursued throughout course, highlighted during internship, completed in Residency Education.

Objective: To present pedagogical skill applied to last year medical course students, aimed to achieve recommended profile of graduates.

Methods used: Three teachers/50 last year medical course students, at Brazilian University of Medicine, march 2013, participated in two practices: “Ball in Center”; “To Guide and to be Guided”. Following, watched film clips involving pedagogical methods; “Patch Adams”, traditional; “Circle of Fire” technician/behaviorist; “Mona Lisa Smile”, critical/reflective. In subgroups, students reflected on, debated about practices, wrote observations, made inferences to medical practice in-service, presented results to the group.

Results obtained: Students did not know about graduate recommended profile; we observed resistance to participate. Some verbalized “at this point of the course, we are here to play games”. In “Ball in Center”, they identified the ball, either as patient, or as student, both needing care. In “To Guide and to be Guided”, they alternated positions guide/guided, interpreting them as medical student/preceptor and medical student/patient, realizing difficulties and needs in each position. In “Patch Adams”, they identified teacher centered method, without dialogue. In “Wheel of Fire”, they pointed limited learning. In “Mona Lisa Smile”, they identified critical reflection, autonomy. They reflected about words “care, welcome, integrity, autonomy”.

Conclusion: Last year medical course students considered minor pedagogical practices about ethics, humanism, social responsibility. Reflective pedagogical practices should be included in Residency Education to continue to help graduates achieve recommended profile.

RECEPTION OF MEDICAL STUDENTS TO INTERNSHIP, THE PROSPECTIVE STUDENTS TO MEDICAL RESIDENCY PROGRAMS: OPPORTUNITY FOR REFLECTION

Sylvia Porto Pereira and Maria de Fátima Coutinho
Estácio de Sá University, Rio de Janeiro, Brazil

Introduction: Profile of medical graduates: general, humanistic, critical, reflective, ethical, with social responsibility, recommended by Graduate Medical Course National Curriculum Guidelines, Brazil, 2011/2014 should be pursued throughout course, highlighted during internship, completed in Residency Education.

Objective: To present pedagogical skill applied to last year medical course students, aimed to achieve recommended profile of graduates.

Methods used: Three teachers/50 last year medical course students, at Brazilian University of Medicine, march 2013, participated in two practices: “Ball in Center”; “To Guide and to be Guided”. Following, watched film clips involving pedagogical methods; “Patch Adams”, traditional; “Circle of Fire” technician/behaviorist; “Mona Lisa Smile”, critical/reflective. In subgroups, students reflected on, debated about practices, wrote observations, made inferences to medical practice in-service, presented results to the group.

Results obtained: Students did not know about graduate recommended profile; we observed resistance to participate. Some verbalized “at this point of the course, we are here to play games”. In “Ball in Center”, they identified the ball, either as patient, or as student, both needing care. In “To Guide and to be Guided”, they alternated positions guide/guided, interpreting them as medical student/preceptor and medical student/patient, realizing difficulties and needs in each position. In “Patch Adams”, they identified teacher centered method, without dialogue. In “Wheel of Fire”, they pointed limited learning. In “Mona Lisa Smile”, they identified critical reflection, autonomy. They reflected about words “care, welcome, integrity, autonomy”.

Conclusion: Last year medical course students considered minor pedagogical practices about ethics, humanism, social responsibility. Reflective pedagogical practices should be included in Residency Education to continue to help graduates achieve recommended profile.

DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA EVALUACIÓN CLÍNICA OBJETIVA Y ESTRUCTURADA EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

María Florencia Pol, Marina Gisela Wainfeld
y Pascual Horacio Yulitta
Dirección de Docencia y Capacitación, Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Introducción: La evaluación del desempeño de residentes debería incluir algunos instrumentos del tercer o cuarto nivel de la pirámide de Miller para poder certificar su competencia profesional. En la ECOE (evaluación clínica objetiva y estructurada) los residentes rotan por un circuito de diferentes estaciones, desarrollando una competencia específica en cada una dentro de un tiempo determinado. Los estudiantes pueden ser observados y evaluados por un examinador usando un checklist o se les puede solicitar una respuesta escrita.

Propósito: 1) Evaluar el desempeño profesional de residentes de 2° año de pediatría luego de una rotación de atención primaria de la salud (APS). 2) Identificar debilidades y fortalezas del programa de formación de APS Métodos: Participaron 26 residentes de pediatría del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires que rotaron por centros de salud (CeSAC) en junio-agosto 2013. El diseño de las estaciones estuvo a cargo de médicos de planta e instructores de residentes que elaboran el blueprint. Consta de 14 estaciones (7 con pacientes simulados y 7 de escritorio), 7 minutos cada y 2 estaciones de descanso (127 minutos totales). El

puntaje máximo de cada estación fue de 100 puntos (1,400 totales). Se estableció la media, la mediana, el puntaje máximo y mínimo y el desvío estándar de cada estación. Se realizó un ranking y se determinó la media del grupo. Se determinó el desempeño según competencias de cada residente y del grupo en general (SPSS 18).

Resultados: 1) Las competencias con mejor desempeño fueron anamnesis y juicio clínico y conocimientos. 2) Las competencias más deficitarias fueron habilidades de la comunicación y actividades preventivas. 3) Las estaciones con puntaje más bajo fue anamnesis a un padre de un niño con sobrepeso y vigilancia epidemiológica ante un caso de tuberculosis. 4) En la estación sobre dar malas noticias la mayor dificultad se observó en no evaluar el conocimiento previo de la madre sobre la gravedad del cuadro y no dar lugar a preguntas. 5) Las estaciones con mayor puntaje promedio fueron sobre la administración de un antibiótico y el examen físico a un niño escolar. 6) El alfa de Cronbach de la evaluación es de 0.68. La puntuación media fue de 1,083.9 y la mediana 1,064.

Conclusiones: Las áreas a mejorar son: 1) habilidades de comunicación. Los residentes no cuentan con herramientas brindadas por el sistema en el grado ni posgrado para lograr un mejor desempeño; 2) actividades preventivas. Se debe revertir esta situación ya que en pediatría y en atención primaria la prevención debería ocupar un lugar central en la atención del paciente; 3) temas de atención primaria (manejo de sobrepeso y vigilancia epidemiológica). Estos puntos son identificados como debilidades del programa de formación, por lo que se deberán desarrollar estrategias para mejorar. Fortalezas: 1) puericultura (asesoría sobre inicio de alimentación y evaluación del crecimiento); 2) control de salud de niño sano (indicación de vacunas, examen físico, diagnóstico nutricional). La fiabilidad de la prueba está en el límite inferior para tener un valor aceptable (deseable entre 0.7 y 0.8).

PRECEPTORSHIP IN QUESTION: THE PEDAGOGICAL TRAINING OF PRECEPTORS OF RESIDENCY IN HEALTHCARE

Sylvia Porto Pereira, Vitória Ribeiro, Elizabeth Leher, Dilva Monteiro, and Vera Bertoluzzo
Rio de Janeiro Federal University, Rio de Janeiro, Brazil

Introduction: Pedagogical training of preceptors is one of the strategies necessary to ensure proper training during the Residency.

Objective: To present the first “pedagogical training of preceptors of residency in healthcare” course, Rio de Janeiro, Brazil.

Methods used: Twenty preceptors from three teaching, public hospitals attended the semi classroom pedagogical training course: classroom course: (60 h), at the Teaching and Research Division of one of the hospitals and distance course (120 h), using Universus electronic tool; first semester of 2011, three modules: Education, Labor, Health. Pioneer experience, with a view to expand the model to other institutions of the Unified Health System from other states.

Results obtained: the course demanded dedication, reading and class attendance to classroom activities and to electronic tool distance. Themes: Education: active learning methodologies; preceptor-student/resident-teacher-patient relationships; teaching-learning process, teaching techniques and evaluation; Work: skills/performance in health work - evaluative processes; subjects of health care; Health: hospital as a practice scenario. Prepared intervention projects to be implemented in practice scenarios.

Conclusion: Identified: perception of a new role for preceptorship; identification of common problems; carrying out work with many professionals and institutions; acquisition of knowledge that will help to reflect about practice; understanding of the meaning of care production; personal growth as a citizen; awareness of who is the subject that is part of the Unified Health System.

EVALUACIÓN DE LA RESIDENCIA DE PSIQUIATRÍA ADULTOS POR LOS RESIDENTES: EXPERIENCIA 2008-2014

Alberto Aedo, David Aceituno y Jorge Barros
Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El uso de instrumentos de evaluación se ha propuesto como método esencial de mejoramiento de los programas de formación de especialistas. Incluso el uso de dichos instrumentos es condición necesaria en investigación. Existe poca evidencia respecto a evaluaciones realizadas por residentes de psiquiatría su programa de formación.

Objetivo: Revisar las evaluaciones del programa de Psiquiatría Adultos, hecha por los residentes de dicha especialidad.

Metodología: Se revisan instrumentos de evaluación del Programa de Psiquiatría Adultos PUC, hecha por los residentes, en los años 2008, 2010 y 2014.

Resultados: En las experiencias de los años 2008 y 2010, se hizo una revisión narrativa de cada una de las rotaciones, analizando fortalezas y debilidades. Además, se planteó un plan de propuestas por debilidades analizadas. En la experiencia del año 2014, se evaluaron cinco aspectos (Programa y Objetivos; Aspectos Formales; Docencia; Feedback; Evaluación) utilizando calificación de 1 a 7. Se utilizó una encuesta en línea, y las respuestas fueron recolectadas en forma anónima. No existen evaluaciones estandarizadas ni continuas.

Conclusiones: La evaluación del programa de Psiquiatría Adultos por parte de los residentes, ha evolucionado de una metodología cualitativa a una cuantitativa. Sin embargo, aún se hace necesario diseñar un instrumento válido, fiable y que permita una evaluación continua de dicha residencia.

EVALUACIÓN DE MODELO DE ENTRENAMIENTO DE PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA

Min Jeong Gag, Sebastián Sepúlveda, Hernán Toledo y José Antonio Salvador
Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El desarrollo de la simulación en entrenamiento quirúrgico hace necesario una evaluación estandarizada de los modelos de simulación. En el año 2008 Ramachandran reportó un modelo para entrenamiento de pieloplastia laparoscópica, utilizando buche y esófago de pollo. El objetivo de este trabajo es evaluar este modelo en cuanto a su idoneidad para simulación.

Materiales y métodos: Quince operadores fueron divididos en 3 grupos según nivel de experiencia en procedimientos laparoscópicos en novato (N), intermedio (I) y experto (E). Se midió el tiempo total de procedimiento. Mediante sensor ICSAD se midieron los movimientos y la longitud de recorrido de cada mano. Se evaluó la calidad de la anastomosis según escala de Laguna modificada. El grupo de expertos evaluó el modelo en cuanto a contenido y lógica contestando una encuesta tipo Likert. Se realizó análisis no paramétricos. Se consideró significativo $p < 0.05$.

Resultados: El tiempo de procedimiento fue 82.51 ± 13.78 minutos (N), 55.84 ± 9.63 minutos (I) y 38.91 ± 3.9 minutos (E); siendo significativa la diferencia entre los grupos. Ni el número de movimientos de mano diestra (MD): 498.2 ± 406.92 (N), 321.6 ± 260.07 (I), 204.6 ± 99.67 (E); ni de movimientos de la mano no diestra (MND): 200.6 ± 148.72 (N), 114.4 ± 77.87 (I), 77.4 ± 29.24 (E) mostraron diferencia estadísticamente significativa. La longitud de recorrido de MD fue en promedio: 149.85 ± 64.07 m (N), 101.05 ± 30.13 m (I), 66.55 ± 14.87 m (E), siendo significativa la disminución de (E), en comparación con (N) y (I). Longitud de recorrido MND: 105.16 ± 24.35 m (N), 65.46 ± 15.79 m (I), 47.47 ± 8.9 m (E), siendo significativa la diferencia entre los grupos. El score de calidad de anastomosis fue 5.4 ± 0.89 (N), 3.4 ± 0.55 (I), 2.8 ± 0.83 (E); siendo significativo el mayor puntaje del grupo de novatos. En general los expertos estuvieron de acuerdo con la validez de contenido y lógica del modelo.

Conclusión: A través de la medición de las variables presentadas encontramos una adecuada validación de constructo, lógicas y contenido del modelo, por lo que podemos afirmar que es un buen modelo para entrenamiento.

PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA SOBRE LA CAPACITACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS EN DIFERENTES ESPECIALIDADES Y ACTITUDES ANTE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD TERMINAL

Mirtha Gutiérrez, Fernando Roque y Adrian Cruciani
Hospital Universitario, Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires, Argentina

Objetivo: Calificar el nivel de capacitación formal y las actitudes de los profesionales de las distintas especialidades del Hospital Universitario UAI, y distinguir las necesidades en la formación de los diferentes aspectos de los cuidados paliativos.

Método: Estudio descriptivo, transversal. X cantidad de médicos del HUUAI durante el año 2014, entre ellos residentes de primer a cuarto año, médicos de planta júnior y

sénior de los 3 servicios: Medicina interna, terapia intensiva, y cardiología autocompletaron una encuesta anónima que distinguía el servicio y jerarquía del médico acerca de: 1) el nivel de capacitación formal; 2) confort personal en el manejo de los pacientes terminales; 3) dificultades en: el manejo del dolor, comunicación de malas noticias y pronósticos, aspectos éticos-legales y rechazo terapéutico; 4) instrucción sobre legislación argentina de pacientes terminales. La participación en la encuesta fue obligatoria. Se evaluaron además las actitudes frente al paciente terminal, eutanasia, distanasia u ortotanasia, fueron evaluadas a través de tres casos clínicos con opción múltiple en actos concretos hacia cada una de las tres posibilidades. Se consideró eutanasia, anticipar la muerte del enfermo para aliviar el sufrimiento, distanasia, la intervención terapéutica que prolonga el sufrimiento en su afán de conservar la vida biológica en un paciente terminal y la ortotanasia o muerte digna, el soporte vital con el uso de medios proporcionados u ordinarios. Las posibilidades en los casos clínicos planteados eran el retiro de los medios desproporcionados y alivio de dolor, la continuación de todos los recursos terapéuticos proporcionados y desproporcionados sin distinción hasta que se produjera la muerte, y finalmente la aplicación de recursos terapéuticos que produjeran la muerte. Los casos clínicos planteados fueron: un paciente con insuficiencia renal crónica terminal, un paciente con cáncer pulmonar terminal.

EL MÉTODO DE CASO DESDE EL ENFOQUE BASADO EN COMPETENCIAS EN EL SUBSECTOR DE LENGUAJE Y COMUNICACIÓN DE UN LICEO MUNICIPAL CIENTÍFICO-HUMANISTA

Claudio Humberto Oyarzún
Universidad de Talca, Talca, Chile

En relación con la metodología de enseñanza-aprendizaje, esta investigación describe y analiza las metodologías del proceso de enseñanza-aprendizaje y los aportes que puede realizar al desempeño de los Docentes el Enfoque Basado en Competencias, proponiendo el Método de Caso, cuyas características contribuyen a adquirir y desarrollar las competencias instrumentales-cognitivas desde una perspectiva pedagógica diferente a la metodología tradicional, en virtud de la participación efectiva en el desarrollo de competencias de los profesores y estudiantes en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Pregunta principal: ¿qué efectos tiene la aplicación del Método de caso como metodología de enseñanza para un Primero Medio NM1 del Subsector de Lenguaje y Comunicación desde el Enfoque Basado en Competencias? Estrategia metodológica: la estrategia metodológica de esta tesis se basa en tres componentes: I) El primer componente consiste en la elaboración de un caso adaptado al Enfoque Basado en Competencias. Para estos efectos se sistematiza los principios didácticos y procedimientos del enfoque, posteriormente, se adaptan al método del Enfoque Basado en Competencia. II) Se diseña una pauta de cotejo cuyo objetivo es validar la exactitud/pertinencia del caso diseñado en conjunto con los Profesores de acuerdo con el EBC en el contexto de la realidad educativa de aula. III)

Se aplica y retroalimenta el caso propuesto mediante observación cualitativa no participante in situ (aula) y retroalimentación de la experiencia de aplicación por parte de una muestra de 4 docentes. Esta tercera etapa consiste en aplicar el instrumento diseñado con el fin de identificar sus fortalezas y debilidades en la práctica de enseñanza aprendizaje. Lo anterior asociado a la indeterminación que supone el paso desde el diseño teórico de un modelo metodológico a su aplicación por los sujetos en contexto educativo. El procedimiento cuenta con tres etapas, a saber: I. Presentación y capacitación 1. Presentación de metodología; Estudio de Caso a los Profesores. 1.1. Capacitación para la aplicación de metodología de Estudio de Caso. 1.1.2. Validación del Caso. II. Construcción, aplicación y observación de una pauta de Cotejo. 2. Aplicación y observación de una pauta de cotejo mediante observación no participante de la aplicación del Caso en aula. 2.1. Aplicación de metodología de Estudio de Caso por los Profesores/as./ 2.1.2. Observación en aula de la metodología propuesta. III. Retroalimentación de la pauta mediante grupo de discusión. 3. Retroalimentación de la pauta mediante grupo de discusión de los docentes de la muestra. Técnicas: La técnica es la observación cualitativa no participante (cuaderno de campo, observar lo que rebasa la pauta de cotejo) complementada con la aplicación de una pauta cotejo. Observación No Participante Considerando que una clase es de 90 minutos, la observación se realizó dos veces en clases de aula para cada Profesor (4) en la cual se dispondrá de 10 (diez) minutos de observación y 5 (cinco) minutos de registro escrito de anotaciones literales de la dinámica de aula durante las observaciones, previo acuerdo con el respectivo docente.

SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y SU RELACIÓN CON EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE CHIAPAS; MÉXICO

Alfredo Briones y Luis Ernesto Balcázar Rincón
Hospital General de Zona Número 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Chiapas, México

El síndrome de Burnout o de desgaste profesional (SDP) se caracteriza por la afectación emocional, despersonalización y falta de realización personal. Puede presentarse en individuos que trabajan en instituciones que proporcionan diversos servicios a otras personas, como el personal médico y las enfermeras. El propósito principal de este trabajo fue caracterizar la posible relación entre el SDP y el rendimiento académico de los médicos residentes adscritos al Hospital General de Zona Número 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. Se realizó un estudio descriptivo, transversal y correlacional, de noviembre de 2012 a octubre de 2013, encuestándose a 76 médicos residentes de diferentes especialidades. Para evaluar el SDP se utilizó la prueba de Maslach Burnout, mientras que, para conocer el rendimiento académico de los residentes, se utilizaron las escalas del IMSS, que se aplicaron de manera mensual e individualizada por el médico adscrito de cada uno de los servicios. Esta evaluación contemplaba tres áreas:

cognoscitiva, psicomotora y afectiva. La mayoría de los médicos residentes encuestados presentaron niveles leves del SDP (51.6%), seguido del nivel moderado (21%) y severo (27.4%). Las especialidades que abonaron la alta incidencia de este síndrome fueron: Urgencias médicas, Cirugía general y Medicina familiar. En cuanto al género, los hombres fueron los que presentaron la mayor proporción del SDP moderado y severo. No se observaron relaciones entre el año que cursaban los residentes y el grado del SDP que padecían. Únicamente los residentes pertenecientes a cirugía general presentaron una aparente correlación positiva entre la presencia del SDP y un menor rendimiento académico, específicamente en el área psicomotora. La alta incidencia del SDP es una realidad en los diferentes hospitales mexicanos; lo anterior puede influir en el rendimiento académico de los médicos en formación y repercutir en la calidad de la atención de los pacientes. Finalmente, se sugiere continuar estudiando los sistemas de evaluación de los médicos residentes desde dos perspectivas: la del evaluador y la del evaluado, con la finalidad de unificar criterios y coadyuvar en el mejoramiento de la evaluación médica continua; al mismo tiempo, es indispensable no dejar de lado el diagnóstico oportuno de cualquier sintomatología de desgaste emocional en los residentes, mediante la implementación institucionalizada de un monitoreo integral continuo.

RAZONES DE LA DESERCIÓN DE RESIDENTES A LOS PROGRAMAS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS EN UN HOSPITAL ESCUELA EN EL SALVADOR

Reynaldo Flores y Karla Margarita Navarrete
Universidad Dr. José Matías Delgado, El Salvador

La Universidad Dr. José Matías Delgado es la única universidad en El Salvador que aplica pruebas psiquiátricas (prueba y entrevista) además de las psicológicas (4 pruebas) a los aspirantes de Residentes de primer año. En los últimos dos años se ha hecho énfasis en ponderar con esas pruebas, la capacidad en el manejo de conflictos, estrés y carga laboral de los aspirantes. Pese a los anteriores esfuerzos en la calidad de selección, el número de deserciones de Residentes a sus programas de especialización se ha mantenido entre el 7.5% al 13.5%. La revisión de expedientes, entrevistas a Coordinadores y Residentes demostró que el inadecuado manejo de conflictos, el estrés y la carga laboral resultaron ser las principales causas de deserción en los Residentes. Las tres razones confluyen con más frecuencia en las especialidades de Ginecología y Obstetricia y Cirugía. La deserción es menor en las especialidades de Medicina Interna y Pediatría, la carga de trabajo en el Hospital Escuela para estas especialidades es menor. Se recomienda establecer un programa de manejo de estrés y conflictos para personal médico por parte de la Universidad, como actividad permanente en el currículo de los Residentes.

ENSEÑANZA DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA INFANTO JUVENIL

Bernardo Pacheco, Paula Bedregal y Elisa Coehlo
Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La formación en Psiquiatría representa un desafío docente en cuanto a tener que decidir entre distintas posibilidades didácticas y experiencias de aprendizaje clínico que beneficien la formación del residente. Si se opta por un modelo curricular por competencias, el alumno debe alcanzar un óptimo desempeño que resulta de la integración de una serie de aprendizajes que combinan conocimiento médico, destrezas y actitudes. Nuestro Programa de Residencia ha querido innovar incorporando en su currículum un curso de metodología de la investigación clínica psiquiátrica, cuyo propósito es educar y entrenar a nuestros residentes en la búsqueda de nuevos conocimientos en la especialidad y en salud mental. El objetivo del presente estudio es dar a conocer el programa, la metodología del curso y los intereses que los residentes tienen al momento de elegir un área de investigación clínica.

Metodología y resultados: Por medio de la colaboración docente interdepartamental entre el Departamento de Salud Pública y el Departamento de Psiquiatría de la P. Universidad Católica de Chile, se diseñó un Curso de Metodología de la Investigación Clínica con enfoque en la salud mental infanto-juvenil. El curso se extiende durante los tres años de formación de la residencia. El primer año se entregan los conceptos teóricos esenciales para el desarrollo de una investigación y se le entrena al residente a desarrollar un proyecto de investigación, el cuál da a conocer al término de este año. El segundo año el residente perfecciona su proyecto bajo supervisión permanente con un tutor, implementa en terreno su trabajo y aprende a buscar recursos de colaboración y financiamiento. El tercer y último año el residente consolida su proyecto, lo da a conocer y entrega un manuscrito corregido para su posible publicación. Cada año el residente es evaluado con una calificación. Por medio de una encuesta de percepción del curso y de un análisis de los proyectos en desarrollo, daremos a conocer las elecciones que los residentes respecto a las temáticas de investigación.

Conclusiones: La formación de psiquiatras con competencias de investigación clínica en Psiquiatría y Salud Mental puede ser un aporte al conocimiento médico y a la práctica clínica integrada a nuestra realidad de país.

RETROALIMENTACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL RESIDENTE EN PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE ESPECIALIDAD Y SUBESPECIALIDAD

Juan Pablo Arab, Daniela Véliz, Luis Antonio Díaz, Arnoldo Riquelme y Matías González
Dirección de Posgrado, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

La retroalimentación desde los docentes hacia los estudiantes permite detectar áreas deficitarias y la mejoría

continua orientada según desempeño. El rol de la evaluación y la comunicación de la percepción del docente respecto al rendimiento del estudiante es una instancia de aprendizaje reconocida, sin embargo, esta requiere tiempo y una dupla docente-estudiante motivada por lo que, muchas veces, no se concreta.

Objetivo: Evaluar la autopercepción sobre la retroalimentación (feedback) recibida en relación con el desempeño de los residentes de programas de formación de especialidad y subespecialidad en la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Métodos: Se realizó una encuesta electrónica a 415 residentes de especialidad y subespecialidad. La encuesta incluyó preguntas respecto a la retroalimentación y evaluaciones con una escala Likert de 1 a 5, donde 1 significaba no o nunca y 5 sí o siempre.

Resultados: Al ser consultados los residentes respecto a si han recibido retroalimentación de su desempeño clínico, independiente de las evaluaciones formales, un 18% respondió que nunca o pocas veces había recibido (puntaje 1 o 2 de la escala de Likert), un 43% respondió que un 50% de las veces y un 39% que siempre o casi siempre (puntaje 4 o 5 de la escala de Likert). Respecto a recibir oportunamente el resultado de las evaluaciones, un 12% respondió nunca o pocas veces y un 51% siempre o casi siempre. Por su parte, un 20% respondió que nunca o pocas veces recibió retroalimentación de las evaluaciones formales, un 36% el 50% de las veces y un 44% siempre o casi siempre. Interesantemente, el 26.3% refería no conocer los criterios de evaluación de su desempeño y un 73.7% sí los conocía.

Conclusión: La retroalimentación es una parte fundamental en el proceso de aprendizaje. Una retroalimentación efectiva debe ser oportuna, relevante, individualizada, en un ambiente protegido y debe incluir fortalezas, aspectos por mejorar y un plan de acción de común acuerdo entre docente y alumno. La Dirección de Posgrado promueve la realización de retroalimentación periódica de los residentes, y el registro de esta, lo que según la percepción de los residentes, no se está efectuando adecuadamente en varios programas. Basado en estos hallazgos, se promoverá la asistencia a talleres de retroalimentación a docentes y Jefes de Programa, y se desarrollará una metodología de seguimiento de realización y registro de retroalimentación en los programas.

CARGA LABORAL HORARIA EN RESIDENTES DE ESPECIALIDAD Y SUBESPECIALIDAD

Juan Pablo Arab, Daniela Véliz, Luis Antonio Díaz, Arnoldo Riquelme y Matías González
Dirección de Posgrado, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

La sobrecarga horaria es un problema bien descrito en los programas de especialización médica. Se asocia a mayores porcentajes de depresión, síndrome de burnout y deserción. Asimismo, se ha relacionado con menor percepción de calidad de vida entre los residentes. Los límites de horas semanales son debatidos a nivel internacional y no hay consenso universal (80 horas semanales en

EE. UU. según la ACGME y entre 40-52.5 horas semanales en Europa).

Objetivo: Evaluar las horas semanales de carga asistencial entre residentes de especialidad y subespecialidad en la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Métodos: Se realizó una encuesta electrónica a 415 residentes de especialidad y subespecialidad. La encuesta incluyó un autorreporte de horas semanales trabajadas (diferenciando entre jornada laboral diurna, turnos presenciales y turnos de llamada). Para el análisis se consideraron solo las horas presenciales (jornada habitual diurna y turnos presenciales), no se consideraron las horas de turnos de llamada. Resultados: En promedio los programas de especialidad reportaron una jornada laboral diurna de 52.8 ± 10.3 horas semanales (sin considerar turnos) más un promedio de 21.6 ± 12.5 horas de turnos presenciales semanales. Por su parte, los programas de subespecialidad reportaron una jornada laboral de 55.9 ± 11.1 horas semanales (sin considerar turnos) más un promedio de 23 ± 3.9 horas de turnos presenciales semanales. Doce programas sobrepasaron el límite recomendado por la Dirección de Posgrado UC (80 horas semanales). Cinco programas reportaron entre 90 y 100 horas semanales (todas especialidades o subespecialidades quirúrgicas) y 7 programas reportaron entre 80 y 90 horas semanales (2 subespecialidades pediátricas, 1 subespecialidad médica, 1 subespecialidad quirúrgica, 1 especialidad pediátrica, 1 especialidad médica y 1 especialidad quirúrgica). Otros 8 programas reportaron entre 70 y 80 horas semanales (2 subespecialidades médicas, 2 especialidades médicas, 1 subespecialidad quirúrgica, 1 subespecialidad pediátrica, 1 especialidad quirúrgica y 1 especialidad de diagnóstico).

Conclusión: Los médicos residentes de programas de especialidad y subespecialidad están sometidos a una carga laboral significativa, la que tiende a ser mayor en programas quirúrgicos. Es importante tener protocolos de control de las horas de trabajo y revisar los límites de manera periódica. La coordinación con los Jefes de Programa es indispensable para evitar la sobrecarga laboral de sus residentes, y optimizar la seguridad en la atención del paciente. Además, los residentes deben disponer de tiempo de calidad para realizar actividades docentes y estudio personal, además de tiempo de descanso y recreación.

EVALUACIÓN DE DOCENTES Y JEFES DE PROGRAMAS DE RESIDENCIA EN POSGRADO

Juan Pablo Arab, Luis Antonio Díaz, Daniela Véliz, Arnoldo Riquelme y Matías González
Dirección de Posgrado, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

La formación en docencia es central en la educación médica. La percepción de los estudiantes respecto a las habilidades de sus docentes es muchas veces desconocida. La retroalimentación desde los estudiantes hacia los docentes permite la mejoría continua. **Objetivo:** Evaluar la percepción que tienen los médicos residentes de programas de especialidad y subespecialidad respecto a las habilidades y actitudes de sus docentes de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Métodos: Se realizó una encuesta electrónica a 415 residentes de especialidad y subespecialidad. La encuesta incluyó preguntas de evaluación a sus docentes en general y, en particular, al Jefe de Programa con una escala Likert de 1 a 5, donde 1 significaba no o nunca y 5 sí o siempre.

Resultados: Al ser consultados los residentes si han evaluado a sus docentes un 38.3% nunca o pocas veces lo hizo y un 37.6% de las veces lo realizó siempre o casi siempre. Al evaluar a los docentes en general, la mayoría obtuvo un puntaje mayor o igual a 4 (casi siempre o siempre) en los ítems evaluados: motivación y dedicación (79.4%), buenas destrezas docentes (71.5%), dominio de los temas (96.2%), respuesta adecuada durante los turnos (80%) y adecuadas habilidades de comunicación (70.7%). Al preguntar solo por los Jefes de Programas se repite la tendencia, siendo el ítem mejor evaluado las habilidades cognitivas de conocimiento (dominio de los temas que enseña) obteniendo un puntaje mayor o igual a 4 en el 96.1% de los encuestados y el ítem peor evaluado fueron las habilidades de comunicación obteniendo un 77.35% de los encuestados un puntaje mayor o igual a 4 (casi siempre o siempre), en un 14.7% de los encuestados obtuvo un puntaje de 3 (correspondiente a la respuesta: 50% de las veces) y un 7.95% de los encuestados contestó 1 o 2 (nunca o pocas veces).

Conclusión: La evaluación de los docentes y de los jefes de programa de residencia en Posgrado permite el perfeccionamiento continuo y orienta hacia qué áreas enfocar la formación de los formadores, pudiendo desarrollar talleres con objetivos ajustados a las necesidades individuales por programa, en este caso, se debe trabajar en perfeccionar las habilidades de comunicación de los docentes y Jefes de Programa.

HABILIDAD GRÁFICA Y NUMÉRICA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE PRE Y POSGRADO DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA EN LIMA, PERÚ

Guiliana Mas, Tania Tello, Pedro Ortiz, Rocio Garcia-Retamero y Dafina Petrova
Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

Introducción: La habilidad para comprender gráficos, así como también el entendimiento de expresiones numéricas de riesgo, tales como probabilidades, porcentajes y frecuencias, son esenciales en el área médica. Los médicos y estudiantes de medicina necesitan comprender y entender la importancia de la información numérica y gráfica relacionado a temas de salud (por ejemplo: riesgos de diferentes enfermedades y tratamientos), para poder transmitir una adecuada información a los pacientes. Para la investigación de estas habilidades se han desarrollado algunas escalas en diversos países como Estados Unidos, Alemania y España. Estas cumplen con las propiedades psicométricas y son apropiadas para ser aplicadas en diversos escenarios clínicos y de investigación.

Objetivo: Determinar las habilidades gráficas y numéricas de los estudiantes y residentes de medicina de una universidad privada de Lima-Perú.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, transversal y exploratorio. Se aplicó la Escala de Habilidad Numérica Objetiva (Lipkus et al.), Escala de Habilidad Numérica Subjetiva (Zikmund-Fisher et al.), y la Escala de Habilidad Gráfica (García-Retamero y Galesic) a estudiantes de medicina del 6° y 7° año y a residentes de medicina del 1° al 4° de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia que se encontrarán en su rotación por los servicios de Medicina Interna de los Hospitales Nacionales Arzobispo Loayza y Cayetano Heredia 2014.

Resultados: De los 169 participantes en el estudio, el 52.07% (88/169) fueron externos (estudiantes de 6° año de Medicina), el 18.34% (31/169) fueron internos (estudiantes de 7° año de Medicina) y el 29.58% (50/169) fueron residentes de Medicina. El promedio de la Escala Objetiva Numérica fue de 7.34 (SD \pm 1.51), de la Escala Subjetiva Numérica fue de 34.12 (SD \pm 4.87) y de la Escala de Habilidad Gráfica fue de 10.35 (SD \pm 1.93). Del análisis de regresión lineal múltiple tanto para las escalas numérica subjetiva y numérica objetiva, los estudiantes varones y quienes recibieron capacitación sobre metodología tienen los promedios más altos (valor $p < 0.05$). Para la escala de habilidad gráfica, tanto el sexo masculino como a menor edad sí estaban asociados a promedios más altos (valor $p < 0.05$); sin embargo, a diferencia de las otras escalas, no hubo relación con la capacitación previa en metodología. Los internos tuvieron una habilidad gráfica mayor que los residentes.

Conclusión: Los alumnos varones, y que tuvieron conocimientos previos de metodología, tuvieron resultados más altos de la escala numérica objetiva y subjetiva. La habilidad gráfica se relacionó igual con el sexo masculino y una edad menor de los alumnos. Los alumnos de pregrado tuvieron mayor habilidad gráfica que los alumnos de posgrado.

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN DURANTE EL PROGRAMA DE ESPECIALIDAD MÉDICA

Lorena Cifuentes, Javier Kattan, Paul Harris, Juan Cristóbal Gana y Arturo Borzutzky
Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La competencia CanMeds “Académico” (Scholar) incluye la capacidad del médico de contribuir a la creación, diseminación y aplicación del conocimiento. Surge entonces la necesidad de incluir en los programas de Especialización Médica una formación en investigación. El Programa de Especialización en Pediatría PUC fue el primero en nuestra Facultad en implementar un requisito de investigación dentro de los años de formación.

Objetivo: Describir el desarrollo de un programa formal de investigación de un programa de especialización médica. Metodología: A contar del año 2000 se inicia el Programa de Investigación para residentes de Pediatría PUC, quienes debían desarrollar, junto a un académico tutor, un proyecto durante los 3 años de residencia que condujera a un manuscrito publicable. A partir de 2004, comienza a ser requisito haber enviado dicho manuscrito

a una revista con comité editorial, para poder rendir el examen final de la especialidad. Ese mismo año se instauran reuniones de presentación formal de proyectos, en que los residentes exponen sus proyectos en distintas etapas de avance y en su etapa final. En 2009 se implementan sesiones con cada residente de primer año para conocer su pregunta de investigación y asesorarlos de manera directa en etapa muy inicial del proyecto. El 2010 se instaura la “Jornada de la Pregunta”. En ella los residentes presentan en forma pública su pregunta de investigación y reciben retro-alimentación de la audiencia. Se analiza si la idea del proyecto es viable de conducirse y terminar en un producto publicable al término de su residencia. Hacia fines del primer año deben tener diseñado el proyecto y obtenido la aprobación del comité de ética, lo que es requisito para rendir el examen de primer año. Durante el segundo de año ejecutan la investigación emitiendo al final de este un informe de avance, requisito para rendir el examen de segundo año. A meses de terminar su formación, presentan sus resultados finales ante toda la División de Pediatría y preparan y envían el manuscrito. Se ha incorporado un módulo teórico de Metodología en Investigación Clínica para residentes de primer año y un mes electivo de investigación en tercer año; se diseñaron pautas de evaluación para cada jornada de presentación, y para el desempeño en cada año, un manual de investigación que contiene el cronograma de trabajo para los 3 años y un manual para tutores.

Resultados: Desde sus inicios, 127 residentes han desarrollado un proyecto de investigación como requisito de egreso dentro de su programa de especialización en Pediatría. La gran mayoría de estos han terminado en publicación, varios en revistas extranjeras y algunos han sido premiados como mejores publicaciones del año en categoría Becados en la Revista Chilena de Pediatría.

EXPERIENCIA EN LA PROLONGACIÓN DEL ADIESTRAMIENTO EN SERVICIO CON LOS RESIDENTES DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL PEDIÁTRICO NIÑOS DE ACOSTA ÑU

Juan Fernando Ojeda, Laura Godoy y Gloria Martínez
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu, San Lorenzo, Paraguay

Introducción: La práctica de la pediatría en Paraguay requiere de profesionales capaces de ofrecer soluciones a los problemas de salud que afectan a los individuos en crecimiento y desarrollo, tratando al mismo tiempo con la familia desde un enfoque integral de asistencia médica. La formación de profesionales de la Salud, actualmente se convierte en un reto permanente pues se vuelve imperiosa la necesidad de dar respuesta a las exigencias de una sociedad en constante cambio. Los requisitos de promoción por año de residencia incluyen 3 exámenes parciales y 1 examen final, cuyo porcentaje mínimo para aprobar debe ser de 75% (nota 3/5). En caso de no aprobar se cuenta con una mesa extraordinaria y otra mesa especial. El Programa de Pediatría del Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu, ofrece a sus residentes la oportunidad de prolongar su año de formación, ya que creen que

algunos médicos necesitan más tiempo para adquirir las competencias propuestas en el perfil del egresado.

Objetivos: Describir la experiencia del Programa de Residencia de Pediatría Clínica en prolongar el tiempo de formación especializada de los residentes.

Material y métodos: Descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal. Fueron incluidos 4 residentes desde el año 2011 al 2014. Variables estudiadas: nota examen parcial, nota de rotaciones, nota final, nota parcial.

Resultados: En el año 2011 ingresaron al primer año de residencia de pediatría general del Hospital General Pediátrico 12 médicos. Del total de residentes de primer año 9/12 aprobaron el examen ordinario, 3/12 fueron a mesa extraordinaria, de los cuales 1 residente no aprobó y fue a mesa especial la cual también reprobó. El desempeño del residente reprobado, en sus rotaciones por las diferentes unidades durante el primer año fue en promedio 3/5 motivo por el cual el comité de docencia le ofrece la oportunidad de recurrar. El rendimiento durante el primer año de prolongación de su formación fue el siguiente: Nota examen parcial: 3/5, nota rotaciones 3/5, nota final 3/5. En el segundo año: Nota examen parcial 4/5, nota rotaciones 4/5, nota final 4/5. Tercer año: Nota parcial de rotaciones 4/5, nota examen parcial 3/5, pendiente nota final. En el año 2012 ingresaron 11 médicos a la residencia de pediatría de los cuales el 100% aprobaron el examen ordinario y las rotaciones por las diferentes salas. En el año 2013 ingresaron 14 médicos a la residencia del primer año de los cuales 3 no alcanzaron los requisitos para ser promovidos al segundo año. El Comité de Docencia decidió brindar la oportunidad de repetir el año; actualmente se encuentran con un rendimiento parcial de: El primero con nota examen parcial: 5/5, nota rotaciones: 4/5. El segundo con nota examen parcial: 2/5, nota rotaciones: 4/5. El tercero, nota examen parcial: 2/5, nota rotaciones: 2/5, pendientes notas finales. **Conclusión:** La mayoría de los residentes que prolongaron su tiempo de formación mejoraron su rendimiento en el adiestramiento en servicio.

ENTREGA DE TURNO: UN DESAFÍO PARA DOCENTES Y RESIDENTES

Eduardo Abbott, Paola Sepúlveda Andrade y Patricio Rojas Reyes
Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La entrega de turno es una instancia ubicua y repetitiva durante la estadía hospitalaria de un paciente, que no solo involucra al personal médico a cargo y que incluso está presente en el momento de alta, cuando se traspasa el cuidado del enfermo al equipo de atención ambulatoria. Está ampliamente demostrado en la literatura que es un espacio vulnerable y susceptible de errores, que inciden directamente en los outcomes. Existen diversas recomendaciones con respecto a la forma y el contenido de una entrega de turno efectiva; sin embargo, existe poca información acerca del cumplimiento de dichas recomendaciones.

Metodología: El año 2013, se realizó encuesta a los residentes que ingresaban al programa de Medicina Interna de la Universidad Católica acerca de su conocimiento y

experiencia con entrega de turno efectiva; seguidamente, se hizo una capacitación acerca de la importancia y las recomendaciones para una entrega de turno efectiva y se estandarizó la entrega de turno en un formato electrónico. Desde los 6 meses de residencia en adelante, se hizo una observación anónima de la entrega de turno, aplicando un cuestionario con las principales recomendaciones y se evaluó el cumplimiento de las mismas.

Resultados: Se realizaron 40 observaciones anónimas, observando que el 100% de los residentes ocupaban el formato estandarizado; sin embargo, al analizar la forma y el contenido de la entrega, solo existía un 60% de cumplimiento, siendo los puntos más críticos el contar con un espacio y tiempo protegido y el no dejar un plan claro en el traspaso de cuidados.

Conclusiones: De acuerdo con los resultados, podemos concluir que existe una clara conciencia de la importancia de la entrega de turno, por lo que los residentes adhirieron con facilidad al formato estandarizado. Sin embargo, aún se debe trabajar arduamente para que exista una instancia formal de entrega de turno y se debe capacitar continuamente a residentes y staff acerca de los contenidos de una entrega de turno efectiva.

IDENTIFICANDO A LOS MEJORES PROFESORES DE RADIOLOGÍA EN UN PROGRAMA DE POSGRADO MEDIANTE UN INSTRUMENTO VALIDADO: LA ENCUESTA MEDUC-RX32

Alvaro Huete, Oslando Padilla Perez, Nancy Solis Lopez, Margarita Pizarro Rojas y Alberto Sarfatis Feige
Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: Nuestro propósito es evaluar las propiedades psicométricas del instrumento MEDUC-RX32 para evaluar a docentes de radiología en posgrado e identificar a los mejores profesores.

Métodos: Las propiedades psicométricas de la encuesta MEDUC-RX32 fueron realizadas mediante: análisis factorial (validez), coeficientes Cronbach alfa y coeficiente G (confiabilidad). Los residentes evaluaron a sus docentes (MEDUC-RX32) y simultáneamente votaron por el “mejor profesor”, criterio utilizado como estándar dorado para construcción de curvas ROC comparando su votación con el puntaje global y calificación (escala 1-7).

Resultados: 28 residentes respondieron 215 encuestas. El puntaje global fue de 189.4 ± 39.8 (Promedio \pm DE) de un máximo de 224 puntos ($84.6 \pm 17.8\%$ del máximo). El análisis factorial mostró 6 dominios de la percepción de los residentes: 1. Enseñanza tutorial, feedback y aprendizaje independiente; 2. Comunicación y trabajo en equipo; 3. Objetivos de aprendizaje; 4. Trato respetuoso; 5. Realización de exámenes e informe radiológico; 6. Soporte de enseñanza. Las fortalezas de los docentes se relacionan con trato respetuoso y trabajo en equipo. El instrumento es altamente confiable con Cronbach alfa de 0.937 y coeficiente G de 0.831 (con mínimo necesario de 8 residentes). La encuesta MEDUC-RX32 presenta una sensibilidad de 91.7% y especificidad de 83.3% para identificar docentes con al menos 1 voto como “mejor

profesor”, con área bajo la curva ROC de 0.931 con un punto de corte de 5.94 (nota promedio en escala 1-7).

Conclusiones: La encuesta MEDUC-RX32 es un instrumento multidimensional, válido y altamente confiable para evaluar tutores con excelencia en la docencia tutorial en radiología de postgrado.

EVALUACIÓN DEL AMBIENTE EDUCACIONAL EN EL PROGRAMA DE MEDICINA DE URGENCIA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA

Fernando Saldías, Felipe Arqueros, Carlos Basaure, Cristóbal Kripper y Arnoldo Riquelme
Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

El ambiente educacional afecta el rendimiento, la satisfacción y el logro académico de los estudiantes de pregrado y postgrado de medicina.

Objetivo: Evaluar el ambiente educacional en el programa de postítulo de medicina de urgencia de la P. Universidad Católica de Chile mediante la encuesta Postgraduate Hospital Educational Environment Measure (PHEEM) aplicada a los residentes del programa.

Métodos: Se aplicó la encuesta PHEEM a los 23 residentes del programa de medicina de urgencia en octubre de 2014. La encuesta PHEEM se compone de 40 ítems que se responden con una escala de Likert de cinco opciones: desde completamente de acuerdo (4) a completamente en desacuerdo (0). El puntaje más alto implica una percepción más positiva del ambiente educacional. La PHEEM mide tres dominios: a) Percepción del rol de autonomía; b) Percepción de la enseñanza; c) Percepción del soporte social). El puntaje máximo de la PHEEM es 160. Las variables cualitativas fueron comparadas mediante la prueba de chi cuadrado y las variables continuas con la prueba t de Student.

Resultados: Se encuestaron 23 residentes del programa, edad: 29 ± 3 años (rango: 25-38), 17 varones y 6 mujeres, nueve residentes de primer año y siete residentes de segundo y tercer año. La encuesta PHEEM fue evaluada mediante un análisis de consistencia interna, resultando un alfa de Cronbach de 0.78. El resultado global de la encuesta PHEEM fue 94.4 ± 12.9 puntos (rango: 63-114) y según los tres dominios: a) Percepción del rol de autonomía: 35.1 ± 4.9 puntos; b) Percepción de la enseñanza: 33.6 ± 7.1 puntos; c) Percepción del soporte social: 25.7 ± 4.1 puntos. No hubo diferencias significativas por edad, género, año de residencia y lugar de estudio de pregrado en el resultado de la encuesta. Se identificaron quince ítems con respuestas insatisfactorias (promedio menor de 2 puntos) relacionadas a los siguientes ámbitos: Percepción del rol de autonomía (se detecta preocupación de los residentes por el horario de actividad clínica, la continuidad en el cuidado de los pacientes y la exposición a procedimientos clínicos); Percepción de la enseñanza (falta de organización de los docentes clínicos, mejorar la calidad de la supervisión clínica y entrega de feedback oportuno, definir el tiempo de estudios protegido, las oportunidades de participación en otras actividades docentes y el aprovechamiento de las oportunidades de aprendizaje).

EVALUACIÓN DEL AMBIENTE EDUCACIONAL EN EL PROGRAMA DE MEDICINA DE URGENCIA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA

Felipe Arqueros, Arnoldo Riquelme, Carlos Basaure, Cristóbal Kripper y Fernando Saldías
Programa de Medicina de Urgencia y Centro de Educación Médica, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

El ambiente educacional afecta el rendimiento, la satisfacción y el logro académico de los estudiantes de pregrado y postgrado de medicina.

Objetivo: Evaluar el ambiente educacional en el programa de postítulo de medicina de urgencia de la P. Universidad Católica de Chile mediante la encuesta Postgraduate Hospital Educational Environment Measure (PHEEM) aplicada a los residentes del programa.

Métodos: Se aplicó la encuesta PHEEM a los 23 residentes del programa de medicina de urgencia en Octubre de 2014. La encuesta PHEEM se compone de 40 ítems que se responden con una escala de Likert de cinco opciones: desde completamente de acuerdo (4) a completamente en desacuerdo (0). El puntaje más alto implica una percepción más positiva del ambiente educacional. La PHEEM mide tres dominios: a) Percepción del rol de autonomía; b) Percepción de la enseñanza; c) Percepción del soporte social). El puntaje máximo de la PHEEM es 160. Las variables cualitativas fueron comparadas mediante la prueba de chi cuadrado y las variables continuas con la prueba t de Student.

Resultados: Se encuestaron 23 residentes del programa, edad: 29 ± 3 años (rango: 25-38), 17 varones y 6 mujeres, nueve residentes de primer año y siete residentes de segundo y tercer año. La encuesta PHEEM fue evaluada mediante un análisis de consistencia interna, resultando un alfa de Cronbach de 0.78. El resultado global de la encuesta PHEEM fue 94.4 ± 12.9 puntos (rango: 63-114) y según los tres dominios: a) Percepción del rol de autonomía: 35.1 ± 4.9 puntos; b) Percepción de la enseñanza: 33.6 ± 7.1 puntos; c) Percepción del soporte social: 25.7 ± 4.1 puntos. No hubo diferencias significativas por edad, género, año de residencia y lugar de estudio de pregrado en el resultado de la encuesta. Se identificaron quince ítems con respuestas insatisfactorias (promedio menor de 2 puntos) relacionadas a los siguientes ámbitos: Percepción del rol de autonomía (se detecta preocupación de los residentes por el horario de actividad clínica, la continuidad en el cuidado de los pacientes y la exposición a procedimientos clínicos); Percepción de la enseñanza (falta de organización de los docentes clínicos, mejorar la calidad de la supervisión clínica y entrega de feedback oportuno, definir el tiempo de estudios protegido, las oportunidades de participación en otras actividades docentes y el aprovechamiento de las oportunidades de aprendizaje); Percepción del soporte social (mejorar la calidad de los espacios físicos, facilidades de alimentación y acceso a consejería académica, y ausencia de tiempo libre fuera de la residencia).

Discusión: La evaluación del ambiente educacional permite detectar las fortalezas y debilidades de los programas de formación de postítulo y proponer las medidas

remediables que permitan fortalecer los programas de formación y mejorar el ambiente de aprendizaje de los alumnos de postgrado de las carreras de la salud.

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES RESPECTO A LA DOCENCIA MÉDICA

Ximena Monsalve, Esteban Araos, Pablo Varas, Macarena Jiménez y Fabiola Sepúlveda
Departamento de Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El método “enseñanza al lado de la cama del paciente” o de su término en inglés “Bedside Teaching”, es considerado el más efectivo para desarrollar habilidades clínicas y de comunicación en los estudiantes de medicina. Según datos de EE. UU. su uso ha caído desde 75% en la década de 1960 a menos del 16% en la actualidad, lo que se consideraría un factor de disminución en las habilidades clínicas de los estudiantes. En Chile, una proporción importante de hospitales públicos cumple funciones docente-asistenciales, incluido el Hospital Dr. Sótero del Río (HSR). Sin embargo, no queda del todo claro si los pacientes conocen estas funciones docentes asistenciales y luego, si les agrada este método de enseñanza. Adicionalmente, la satisfacción de los pacientes con respecto a la atención en salud se ha transformado en un concepto relevante, constituyendo un aspecto clave del proceso de calidad de atención que ofrece una institución.

Objetivo: El propósito de este estudio es describir la percepción que tienen los usuarios respecto al método “enseñanza al lado de la cama” controlando por variables sociodemográficas.

Método: Se realizó un estudio de carácter transversal mediante consulta a través de cuestionario personal, anónimo y voluntario a los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina HSR, incluyendo todas aquellas salas con presencia de docentes y alumnos de pre y posgrado de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. La encuesta fue aplicada por Residentes de Medicina UC.

Resultados: Se realizaron encuestas a 50 pacientes de junio a julio de 2014. El 46% de los pacientes fueron hombres con un promedio de edad de 55 años. Un 80% de los encuestados no conocían el concepto de “Hospital Docente”, pero el 92% identificó al HSR bajo esta modalidad luego de explicárselo. El 68% no sabía que el HSR era un hospital docente previo al ingreso. 44% estuvo hospitalizado previamente en otro hospital y de estos el 50% manifestó que se realizaba docencia en dicho recinto. Cerca del 80% de los encuestados reconoce al médico Staff o Jefe, al médico residente y al alumno de la sala, pero un 67% no reconoce al interno. Al evaluar su relación con los diferentes estamentos (médico, becario, interno, alumno) todos obtuvieron una buena calificación con promedios cercanos a 6.5 de una escala de 1 a 7. Un 94% está de acuerdo en participar en docencia y recomendaría la atención hospitalaria con enseñanza a estudiantes y residentes.

Conclusiones: El concepto de hospital docente no es ampliamente conocido por la comunidad. Por parte de los pacientes, no existe una claridad de los roles de cada estamento. A pesar de esto se da una buena relación médico-paciente. La gran mayoría está de acuerdo en ser participe de la docencia y recomendarían esta modalidad de atención, a pesar de no reconocer a cabalidad su importante rol como eje del proceso. Parece trascendental realizar acciones que permitan una mejor identificación e interacción de los diferentes estamentos con nuestros pacientes.

VALIDACIÓN DE UNA SEGUNDA TAREA VISO-ESPACIAL PARA EVALUAR AUTOMATICIDAD EN HABILIDADES LAPAROSCÓPICAS

Richard Castillo, Juan Alvarado, Pablo Billeke, Andre Vega y Nicolás Jarufe
Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: En la adquisición de destrezas, el experto se define por encontrarse en la etapa de automaticidad. Esta etapa permite al experto realizar tareas múltiples, puesto que posee el más alto nivel de rendimiento con menor necesidad de recursos cognitivos y atencionales. Los parámetros convencionales validados, como tiempo de operación, escalas objetivas de evaluación de habilidades (OSATS) y economía de movimientos, son insuficientes para distinguir dicha etapa. Existe literatura acerca del uso de una segunda tarea viso-espacial (STVE) como un indicador de atención que se correlaciona con el nivel de automaticidad. Nuestro objetivo fue evaluar confiabilidad y validez de una STVE propuesta como método de medición de automaticidad en un modelo simulado de destrezas laparoscópicas básicas. Métodos Novatos, con Módulo Laparoscópico Básico (MLB) aprobado ($n = 11$), y expertos en laparoscopia ($n = 4$) participaron de un estudio experimental, donde debían realizar tareas duales. Cada participante desarrolló el test dando prioridad a la tarea primaria, realizando simultáneamente la STVE. La tarea primaria consistió en realizar 4 puntos laparoscópicos intracorpóreos (PLI) en un modelo de caja. La STVE consistió en una pantalla paralela con múltiples patrones viso-espaciales que el participante debía reconocer, presionando un pedal, mientras realizaba los PLI (Software PsychoPsy, Python, MacOS). Los novatos se sobre-entrenaron en PLI hasta alcanzar un mínimo de 100 repeticiones y luego fueron reevaluados. Se evaluó PRE y POST sobre-entrenamiento con tiempo operatorio y OSATS, cuyos puntajes fueron considerados indicadores de calidad de la tarea primaria. El rendimiento de la STVE también fue medido, a través del índice de detectabilidad (ID), que corresponde a la correlación entre respuestas correctas e incorrectas. Se definió evaluación confiable a dos mediciones con una diferencia de ID menor al 10%, manteniendo el rendimiento de la tarea primaria (tiempo operatorio < 110 s y OSATS > 17 puntos).

Resultados: Los novatos alcanzaron una medición confiable luego de 2 (2-5) repeticiones en la evaluación PRE y 3.75 (3-4) en la evaluación POST ($p = 0.04$); mientras que los expertos lo lograron luego de 3.5 (3-4) repeticiones.

El rendimiento en la primera tarea (definido previamente) se logró en cada una de las mediciones tanto para novatos (pre-post sobre-entrenamiento) como para los expertos. El rendimiento de los expertos en STVE fue ID 0.78 (0.69-0.87). El rendimiento de los novatos fue significativamente mejor en la post-evaluación [ID-pre 0.48 (0.06-0.71) vs. ID-post 0.78 (0.48-0.95), $p = 0.003$]. El sobre-entrenamiento consistió en 140 repeticiones (100-210) de PLI para los novatos, realizados en 8 horas (3-15). Al categorizar ID según el rendimiento de los expertos, los novatos con ID-post > 0.68 lograron un mejor puntaje OSATS con un menor tiempo operatorio que los novatos con ID-post < 0.65 ($p = 0.007$ y $p = 0.089$, respectivamente).

Conclusión: La medición de automaticidad es posible utilizando una STVE. Este instrumento fue confiable y posee validez de apariencia, contenido y constructo. Un índice de detectabilidad mayor a 0.68 podría ser un punto de corte que se correlacionaría con un rendimiento superior en la tarea primaria. Este instrumento mide rendimiento en habilidades laparoscópicas y, junto al uso de indicadores convencionales, define con mayor precisión niveles avanzados de destrezas (experto). Se requieren más estudios aplicando esta STVE para alcanzar validez externa al reproducir nuestros resultados.

EVALUACIÓN DE LA ENSEÑANZA EN GRUPO PEQUEÑO (SEMINARIOS) POR RESIDENTES DE ESPECIALIDAD DURANTE SU ROTACIÓN POR LA UNIDAD PACIENTE CRÍTICO ADULTO DEL HOSPITAL CLÍNICO U DE CHILE

Carolina Ruiz y Maz Andresen
Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La enseñanza en grupo pequeño (EGP) es una metodología muy utilizada en postgrado. La EGP implica que varios estudiantes (habitualmente máximo 10) interactúan y trabajan para lograr objetivos comunes de aprendizaje, bajo la conducción de un facilitador (docente). Esta metodología corresponde aprendizaje activo “centrado en el estudiante”. Un tipo de EGP son los seminarios. Dentro de los desafíos de la EGP están la necesidad de tiempo, personal y espacio, las habilidades que debe tener el facilitador (fomentar la participación, interactuar con todos los estudiantes, delegar responsabilidades a estos, etc.) y el riesgo de que se transformen en pequeñas clases magistrales. El objetivo del presente estudio es conocer la evolución de los becados de especialidad (medicina interna, cirugía, anestesia, urgencia y neurocirugía) de los seminarios (EGP) que tienen durante su rotación por la UPC del HCUC (8 seminarios/mes).

Metodología: Desde marzo a octubre del 2014 tras completar la rotación y realizar los seminarios, los becados llenaron una encuesta (rúbrica) anónima de evaluación. La encuesta incluye preguntas sobre la organización de los seminarios y sobre su utilidad como herramienta de aprendizaje. Evaluación de los seminarios de Medicina Intensiva Califique del 1 al 5 (1 = nunca, 2 = rara vez, 3 = regular, 4 = casi siempre, 5 = siempre): 1) los seminarios realizados fueron acordes a los objetivos/

contenidos del programa de la rotación; 2) los seminarios se realizaron en las fechas programadas; 3) en caso de suspensión de un seminario, se le avisó oportunamente; 4) en caso de suspensión de un seminario, se pudo recuperar; 5) los docentes explicaron claramente los contenidos del seminario; 6) durante los seminarios hubo un tiempo adecuado para resolver dudas; 7) tuvo dificultades para poder asistir a los seminarios debido a actividades clínicas de la rotación; 8) tuvo dificultades para poder asistir a los seminarios debido a actividades de su programa de beca; 9) estudió previo a la realización del seminario; 10) el seminario le permitió aclarar conceptos y resolver dudas. **Resultados:** La encuesta fue respondida por 89 becados (7 a 11 becados rotaron/mes).

Conclusiones: Esta actividad fue bien evaluada por los becados, tanto en las preguntas sobre su utilidad como herramienta de aprendizaje, como en aquellas sobre su organización. Un punto importante a mejorar, es que la mayoría de los becados refiere que solo estudio en forma regular o rara vez antes del seminario, lo que claramente dificulta su participación activa en estos.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EFECTUADA POR LOS RESIDENTES DE MEDICINA GENERAL FAMILIAR DE LA UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO DURANTE EL MEGAINCENDIO DE LOS DÍAS 12, 13 Y 14 DE ABRIL DEL AÑO 2014

Laura Villares y Rodrigo Manzano Barrientos
Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

El 12 de abril del 2014 se desata en los cerros de Valparaíso uno de los incendios más devastadores que la ciudad puerto recuerde, con una rápida propagación y alcanzando magnitudes no imaginadas se define la situación de catástrofe y se activa la red de respuesta desde múltiples áreas. En este contexto, los residentes de la Especialidad de Medicina General y Familiar de la Universidad de Valparaíso somos llamados a cumplir un rol central en la articulación de la ayuda de los afectados por este desastre. Luego de ocho semanas de intensa y satisfactoria labor en terreno se obtienen resultados hacia la comunidad, pero a la vez de un importante aprendizaje profesional. Más allá del voluntarismo y la solidaridad, se va gestando un trabajo interesante en distintas áreas de competencias de la residencia como la gestión, administración, coordinación intersectorial, vigilancia epidemiológica, trabajo en equipo y participación comunitaria, entre otras. Desde asumir un rol de liderazgo frente al equipo del puesto de salud, primer desafío, la labor fue fluidamente transformándose, con un aprendizaje implícito potente, matizado por la desorganización de unos primeros días muy agitados. Las competencias que son parte de nuestra especialidad fueron necesariamente desplegadas y puestas en práctica en un escenario complejo; la capacidad de organizar, planificar, supervisar, registrar se superpone a la continua labor asistencial. El crecimiento logrado luego de esta experiencia se manifiesta especialmente en la gestión en red y el trabajo social y comunitario, marcando un hito en nuestra formación como residentes. Donde además se plasmaron

vivamente los principios rectores de la medicina familiar en cada acto, logrando la continuidad de los cuidados, con un enfoque familiar, integral y holístico, fuertemente entrelazado a la permanente educación para la salud, promoción y prevención.

Conclusión: Este trabajo muestra una experiencia de aprendizaje en la práctica, con desarrollo de competencias y potencialidades inherentes a la formación profesional, pero con un gran acento en el manejo de catástrofes o situaciones de emergencia a nivel poblacional. Y pone en la palestra la discusión acerca del rol del residente de Medicina Familiar en este tipo de situaciones, así como también la necesidad de involucrar en los programas de especialidad la formación y preparación de profesionales ante eventuales desastres naturales.

Objetivos: 1) Describir la experiencia realizada por los residentes de medicina familiar de la universidad de Valparaíso durante el incendio de los días 12 y 13 de abril en el contexto formativo. 2) Analizar la experiencia ejecutada con el fin de aportar la discusión sobre la incorporación de la materia de gestión de desastres en las mallas curriculares.

USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN LA FORMACIÓN DE RESIDENTES MÉDICOS

Galo Berzain, Francisco Domingo Vazquez Martinez,
Francisco Javier Quiroz Hernandez
y Jose Abel Acosta Alarcon
Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México

Antecedentes: La Universidad Veracruzana avala diecisiete programas de especialidades médicas y siendo congruente con el componente de eLearning de la Estrategia y Plan de acción sobre Salud (2012-2017) de la Organización Panamericana de la Salud, hace uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) para facilitar los procesos de educación en salud.

Objetivo general: Generar una Red de Teleeducación utilizando plataformas en línea (learning management systems) y videoconferencia vía Web, fortaleciendo los procesos educativos para formación de profesores y residentes médicos.

Metodología: Aprovechamiento de la plataforma Eminus V3.0 (aula virtual) y Blackboard Collaborate (videoconferencia), ambos para generar sesiones clínicas y cursos en línea. Capacitación en uso de estas herramientas a 96 profesores, ubicados en las cinco regiones que opera la Universidad Veracruzana.

Resultados: Del 2012 al 2014 generación de 279 aulas virtuales y 121 videoconferencias dirigidas a residentes médicos, y 53 videoconferencias en tópicos de salud pública, medicina, y telemedicina abiertas a diversos profesionales de la salud.

Discusión: El uso de las TIC en la formación de médicos especialistas en la Universidad Veracruzana tiene poco menos de tres años y a pesar de existir aún alguna resistencia para su empleo, cada vez se acepta con mayor convicción que estas son una opción que facilita el acceso a la capacitación.

Conclusiones: Las TIC ya son parte de la formación de los médicos residentes en la UV, su uso está en aumento y su impacto en el aprendizaje de los residentes será motivo de una línea de investigación futura.