

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),