

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, N° 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