

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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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° y 34 vs. 66% en 3°;  $p < 0.002$ ). 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.