MECP | MEDICAL EDUCATION & CLINICAL PRACTICE

Guía para la implementación de guardias simuladas en escuelas de medicina: experiencia piloto en una universidad peruana

Guidance for implementing simulated on-call shifts in medical schools: a pilot experience at a Peruvian university

Jordi Grau-Monge[1,†], Diego Vargas-Torres-Young[1,†], Alvaro Prialé-Zevallos[1], Solange Dubreuil-Wakeham[1], Daniela Samaniego-Lara[1], Fiorella Neyra-Cordova[1,2], Victor Velásquez-Rimachi[1]*

[1] Grupo de investigación en Healthcare Simulation & Medical Education (HeSIM), Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.
[2] Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.
† Estos autores contribuyeron por igual a este trabajo.

RESUMEN

Las guardias simuladas (GS) reproducen turnos de urgencia en entornos controlados, preservando la seguridad del paciente. Su implementación en Latinoamérica es limitada. La simulación clínica alcanza solo el 17% en los currículos regionales y las GS tienen escasa documentación. Este artículo describe el diseño e implementación sistemática de GS en la Universidad Científica del Sur (UCSUR) y documenta los resultados de su modelo piloto, contextualizados con evidencia reciente (2023-2026), para ofrecer una guía replicable a otras escuelas de medicina. Metodológicamente, se detallan los fundamentos, perfil del participante, fases del proceso y evaluación. El piloto incluyó cinco escenarios clínicos con 15 estudiantes (externado e internado), midiendo la autoconfianza pre y posguardia simulada mediante la prueba de Wilcoxon. Como resultados, el piloto demostró ser factible con recursos convencionales, logrando mejoras significativas en la autoconfianza para sutura, atención del parto, politraumatismo y trauma torácico. Además, se discuten barreras, facilitadores y recomendaciones alineadas con estándares internacionales. En conclusión, las GS representan una intervención factible que mejora la autoconfianza percibida en universidades peruanas.

Palabras clave: Educación Médica; Enseñanza Mediante Simulación de Alta Fidelidad; Educación Basada en Competencias; Perú (fuente: DeCS Bireme).

ABSTRACT

Simulated on-call shifts (SOCS) replicate emergency care shifts in controlled environments while maintaining patient safety. Their implementation in Latin America remains limited. Clinical simulation is incorporated into only 17% of curricula in the region, and SOCS are poorly documented. This article describes the systematic design and implementation of SOCS at Universidad Científica del Sur (UCSUR) and reports findings from its pilot model, contextualised with recent evidence (2023-2026), to provide a replicable guide for other medical schools. The methodological description outlines the underlying principles, participant profile, implementation phases, and evaluation. The pilot involved five clinical scenarios and 15 students undertaking clinical clerkships or internships. Self-confidence before and after the simulated shift was compared using the Wilcoxon signed-rank test. The pilot proved feasible using standard resources and yielded significant improvements in self-confidence in suturing, childbirth care, management of multiple trauma, and thoracic trauma. Barriers, facilitators, and recommendations aligned with international standards are also discussed. In conclusion, SOCS represent a feasible intervention that improves perceived self-confidence in Peruvian universities.

Keywords: Education, Medical; High Fidelity Simulation Training; Competency-Based Education; Peru (source: MeSH NLM).

Historial del artículo
Recibido: 21 de agosto de 2026
Revisado por pares
Aceptado: 19 de octubre de 2026
En línea: 23 de octubre de 2026

Cómo citar el artículo
Grau-Monge J, Vargas-Torres-Young D, Prialé-Zevallos A, Dubreuil-Wakeham S, Samaniego-Lara D, Neyra-Cordova F, *et al.* Guía para la implementación de guardias simuladas en escuelas de medicina: experiencia piloto en una universidad peruana. Med Educ Clin Pract. 2026;1(4):e037. doi: 10.21142/mecp.2026.1.4.e037.

***Correspondencia**
Victor Velásquez-Rimachi
vvelasquezr@cientifica.edu.pe

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

INTRODUCCIÓN

La transición del aula al primer turno de guardia es, para una gran parte de los estudiantes de medicina, uno de los momentos más exigentes de toda la carrera: por primera vez deben integrar conocimiento teórico, criterio clínico y trabajo bajo presión sin la red de seguridad del salón de clases. En paralelo, la simulación clínica se ha consolidado como el puente pedagógico que permite ensayar ese salto en un entorno controlado y seguro, donde el error no compromete al paciente, sino que se convierte en oportunidad de aprendizaje [1]. Dentro de este campo, las guardias simuladas (GS) ocupan un lugar particular, ya que, a diferencia de un Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECOE) que aísla habilidades puntuales en estaciones predecibles, las GS buscan recrear la ecología completa de un turno hospitalario. Esto implica introducir la aleatoriedad en la llegada de pacientes, tiempos de respuesta variables e interrupciones, generando así los estresores ambientales típicos del momento (ansiedad, falta de recursos temporales o materiales, fatiga, presión externa y breves momentos de descanso) para acercar el escenario a la realidad vivencial y emocional de la experiencia de guardia [2-4].

La evidencia internacional sobre GS ha crecido de forma notable en los últimos años, y con ella también su escala. Programas recientes en el Reino Unido han pasado de sesiones piloto con pocos estudiantes a cohortes completas de último año. Ahmed-Issap *et al.* reportaron un programa que llevó la simulación de guardia a los 95 estudiantes de un año académico completo, distribuidos en jornadas de tres horas, y mostraron que el modelo es escalable, pero exige una coordinación logística cuidadosa del sistema de llamadas, flujo entre estaciones y disponibilidad de facilitadores para evitar perder fidelidad al crecer [5]. En la misma línea, Desouky *et al.* documentan una jornada de simulación de guardia de un día completo para estudiantes de último año, con mejoras autorreportadas en comunicación, toma de decisiones clínicas y priorización de tareas [6], mientras que Scott *et al.* aportan un dato clave para contextos de recursos limitados como el nuestro: su modelo multicéntrico logró costos de implementación tan bajos como £1,99 por estudiante al año, mostrando que la GS no depende necesariamente de presupuestos elevados [7]. Asimismo, Nichols *et al.* describen una simulación de guardia de baja fidelidad diseñada explícitamente por médicos jóvenes de distintos niveles para preparar a sus propios pares ante el primer contacto con el sistema de llamadas y el manejo de interconsultas, lo que confirma que buena parte de la innovación en este campo la está impulsando la generación que acaba de vivir esa transición [8].

La perspectiva de quienes acaban de atravesar el salto al internado o a la residencia y saben con precisión dónde falló su propia preparación es también aquella que motiva este documento. Entre estos estudiantes, la ansiedad ante la primera guardia no es solo una sensación difusa. Runicles *et al.*, evaluaron el estrés mediante la frecuencia cardíaca y escalas de ansiedad estado-rasgo, y observaron que los estudiantes de último año presentan niveles de estrés significativamente mayores durante una GS que en un día habitual de prácticas, lo que confirma que estos escenarios no solo entrenan competencias técnicas, sino que exponen y permiten trabajar la respuesta emocional ante la presión real de un turno [9]. Por ello, anticipar esa carga emocional, y no solo la técnica, es parte de lo que una GS bien diseñada debe ofrecer a la generación actual de estudiantes.

Este crecimiento reciente de las GS como modalidad específica contrasta con la situación de la simulación clínica en su conjunto en la región. En Latinoamérica, sin embargo, la simulación clínica está presente solo en el 17% de los currículos médicos, frente al 37% en Norteamérica, y la producción científica regional, aunque creciente, continúa concentrada en pocos centros [10,11]. Una revisión reciente sobre la integración de la simulación en el currículo médico insiste en que su principal barrera no es conceptual sino de implementación: la inversión económica, el cambio de modelo educativo y la infraestructura requerida obligan a plantear una transición gradual, ajustada a los recursos y objetivos de cada institución, antes que una adopción total desde el primer momento. Ese llamado a empezar en pequeño y escalar progresivamente es, precisamente, la lógica que ha seguido la Universidad Científica del Sur (UCSUR), a través de su Clínica de Simulación y el grupo de investigación HeSIM (Grupo de investigación en Healthcare Simulation & Medical Education). Este grupo llevó a cabo un piloto de GS con estudiantes de externado e internado, cuyos resultados de autoconfianza ya han sido publicados y cuya experiencia de implementación se sistematiza en el presente artículo [12-14].

A nivel local, esta necesidad es aún más urgente si se considera que el internado médico, el último año de formación antes de ejercer con autonomía, exige que el estudiante llegue a esa etapa con competencias progresivamente consolidadas, en un contexto en el que los internos asumen responsabilidades clínicas relevantes desde el primer día en sedes hospitalarias públicas del país, y en el que la seguridad del paciente ocupa un lugar central en la discusión sobre el futuro de esta etapa formativa [15].

El presente artículo tiene como objetivo describir de forma detallada la propuesta de diseño e implementación de las GS en la UCSUR, el modelo que buscamos consolidar como estrategia formativa sistemática, y documentar, como prueba de concepto, el proceso y los resultados del piloto realizado en 2023, con el fin de ofrecer una

guía replicable y actualizada, a la luz de la evidencia publicada entre 2023 y 2026, para otras escuelas de medicina peruanas y latinoamericanas.

DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE GUARDIAS SIMULADAS

1. Fundamentos del modelo y propuesta

El modelo de GS implementado en la UCSUR se basa en tres principios que guían cada decisión de diseño: i) fidelidad contextual, es decir, reproducir con la mayor autenticidad posible las condiciones de una guardia hospitalaria peruana, con sus tiempos de espera, su carga de pacientes y sus recursos reales; ii) aprendizaje experiencial, para que el estudiante enfrente los casos de forma progresiva y autónoma, tal como lo haría en un servicio de urgencias; y iii) retroalimentación estructurada, de modo que cada escenario cierre con un *debriefing* formativo que consolide lo aprendido en lugar de dejarlo solo en la experiencia vivida. Cada sesión está pensada para durar aproximadamente cuatro horas y media, tiempo en el que los participantes atienden cinco casos clínicos secuenciales que representan los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de urgencia y emergencia del sistema de salud peruano. De este modo, la fidelidad contextual abarca tanto el realismo del caso clínico como la recreación del entorno de guardia, contemplando la gestión de recursos limitados, el manejo de la carga emocional y la adaptación del estudiante a un escenario altamente dinámico.

2. Perfil del participante

Las GS están diseñadas para estudiantes de medicina que cursen el externado o internado, etapa en la que ya cuentan con las competencias básicas para realizar actividad médica asistencial supervisada. La participación voluntaria puede favorecer la motivación intrínseca, un factor clave para el aprendizaje en simulación (Tabla S1).

FASES DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO

Fase 1: Planificación y diseño de escenarios

El proceso inicia con una reunión del equipo de facilitadores, conformado por docentes con experiencia en simulación clínica y en los servicios de urgencia y emergencia del contexto local. En esta reunión se seleccionan los casos-escenario basándose en los cuadros clínicos más frecuentes durante las guardias hospitalarias en Perú. Para el piloto de la UCSUR se seleccionaron cinco escenarios clínicos (Tabla 1).

Para cada escenario se elabora un guion detallado que incluye: objetivo de aprendizaje, descripción del caso, instrucciones para el paciente simulado (PS), lista de materiales necesarios, criterios de evaluación y guía de *debriefing* (Tabla S2). Se recomienda que los detalles específicos de cada escenario no sean revelados a los estudiantes previamente, para preservar la fidelidad de la inmersión [7,8,13].

Fase 2: Preparación de recursos y espacio físico

La implementación de las GS requiere una planificación logística detallada. A continuación, se describen los recursos mínimos necesarios para replicar el modelo (Tabla 2).

Fase 3: Entrenamiento y formación de pacientes simulados y facilitadores

El éxito de las GS depende en gran medida de la calidad de los pacientes simulados (PS). Por ello, se requiere seleccionar actores con facilidad para la improvisación controlada y empatía con el entorno médico. Asimismo, es indispensable realizar al menos una sesión previa de entrenamiento en la que el PS revise el guion, practique respuestas y reciba retroalimentación. Durante esta fase, se deben definir con precisión los límites de su rol, detallando qué información revelar, cuándo deteriorarse

Tabla 1. Escenarios clínicos seleccionados y competencias abordadas

N°	Escenario	Competencias trabajadas	Tipo
1	Infección de tracto urinario (ITU)	Anamnesis, prescripción de antibióticos	Técnica / no técnica
2	Trauma abdominal cerrado	Manejo de politraumatizado, trabajo en equipo	Técnica / no técnica
3	Herida cortante en brazo	Suturas, trabajo bajo presión	Técnica
4	Síndrome isquémico coronario agudo (SICA)	Manejo de dolor torácico, prescripción, shock	Técnica / no técnica
5	Atención de parto y recién nacido	Atención de parto, Apgar, Capurro, reanimación neonatal	Técnica

clínicamente y cómo reaccionar ante las decisiones del estudiante. Por parte de los facilitadores, es imperativo que cuenten con entrenamiento en técnicas de *debriefing* (modelos *Gather, Analyze, Summarize* [GAS] o *Promoting Excellence And Reflective Learning in Simulation* [PEARLS] (Material Suplementario 1), conocimiento exhaustivo de los objetivos de aprendizaje y capacidad para modular la complejidad del escenario en tiempo real.

Fase 4: Ejecución de la sesión

La sesión de GS se organiza según la estructura temporal de la Tabla 3.

Un componente crítico en esta fase, especialmente para estudiantes sin experiencia inmersiva previa, es establecer un *prebriefing* estructurado. Esto incluye la declaración de un «contrato de ficción», mediante el cual los participantes se comprometen a tratar el escenario como real, mientras que los facilitadores garantizan que los errores se abordarán como oportunidades de aprendizaje, sin penalizaciones en la evaluación sumativa. Fijar estas reglas de juego es indispensable para evitar el efecto fachada y reducir la sobrecarga cognitiva inicial.

Durante la GS, los estudiantes trabajan de manera independiente y en equipo, recabando información clínica, elaborando planes de manejo y ejecutando procedimientos técnicos. El facilitador observa sin intervenir activamente en el desarrollo del caso, a menos que la seguridad del escenario lo requiera.

Fase 5: Evaluación y retroalimentación

La evaluación de las GS en el piloto de la UCSUR se basó en la autoconfianza percibida por los estudiantes, medida mediante un cuestionario de escala Likert de 1 a 5 puntos aplicado antes y después de la sesión (Material Suplementario 2). Las competencias evaluadas fueron las detalladas en la Tabla S3.

Para el análisis estadístico, se recomienda la prueba no paramétrica de rangos con signos de Wilcoxon para comparar medianas pre y posguardia simulada ($p < 0,05$ como umbral de significancia), dado el tamaño pequeño de muestra y la naturaleza ordinal de los datos.

Tabla 2. Recursos logísticos, humanos y materiales necesarios para la implementación

Recurso	Especificaciones	Observaciones
Espacio físico	3 a 5 ambientes especializados (p. ej., hospitalización, shock trauma, sala de partos, consultorios, alta fidelidad)	Pueden reemplazarse con aulas regulares previamente acondicionadas
Pacientes simulados	8 actores entrenados por sesión	Entrenamiento previo indispensable (Fase 3)
Facilitadores	Mínimo 6 por sesión (definiendo la sesión como el circuito simultáneo de escenarios), con experiencia clínica y en simulación	Se requiere mínimo un evaluador por cada área o escenario activo para poder observar a todos los participantes, más un facilitador de coordinación general
Materiales clínicos	Insumos médicos específicos para cada escenario	Elaborar un inventario detallado por cada equipo o estación de trabajo
Instrumentos de evaluación	- Cuestionarios de autoconfianza pre y posguardia simulada (escala Likert de 1 a 5). - Rúbricas o listas de cotejo de desempeño por escenario	Los cuestionarios pueden aplicarse en formato virtual. Las rúbricas son indispensables para estructurar y guiar la retroalimentación (*debriefing*) objetiva del desempeño
Plataforma de convocatoria	Redes sociales institucionales y/o correo electrónico	Realizar la difusión al menos 2 semanas antes de la sesión

Tabla 3. Ejecución de la sesión

Momento	Actividad	Duración aproximada
Orientación inicial	Bienvenida, instrucciones generales, completar cuestionario pre-GS	30 minutos
Guardia simulada	Rotación por los 5 escenarios clínicos de forma secuencial, cada uno en un ambiente distinto y a cargo de un facilitador/evaluador dedicado	3 horas y 30 minutos
Debriefing	Retroalimentación estructurada por escenario o en sesión plenaria	30 minutos
Cierre y evaluación	Cuestionario posguardia simulada, reflexión grupal, cierre formal	10 minutos
Total		4 horas y 40 minutos

EXPERIENCIA PILOTO UCSUR

El piloto contó con 15 participantes (53,3% mujeres; mediana de edad: 24 años; 60% internos de medicina). A continuación, se resumen los principales hallazgos de autoconfianza (Tabla 4).

Un hallazgo que consideramos particularmente relevante para el diseño futuro es que las competencias no técnicas (anamnesis, trabajo en equipo, trabajo bajo presión, comunicación y priorización) no mostraron cambios estadísticamente significativos. A la luz de la Teoría de la Carga Cognitiva [16], esto puede deberse al estrés situacional generado al enfrentar un entorno inmersivo nuevo sin experiencia previa. Esta situación puede saturar la memoria de trabajo y afectar en primer lugar el desempeño de tareas complejas. Adicionalmente, desde la perspectiva de Erving Goffman [17], la participación conjunta de estudiantes de distintos niveles académicos pudo afectar la seguridad psicológica y favorecer que priorizaran su imagen profesional ante sus pares. Esto coincide con lo que reporta la literatura internacional más reciente sobre simulación de guardia, donde las habilidades de comunicación, priorización y manejo del estrés bajo presión parecen requerir exposición repetida y entornos de alta seguridad psicológica, más que una sesión única, para modificarse de forma perceptible [18,19]. Este es uno de los argumentos más sólidos a favor de consolidar las GS como una potencial práctica recurrente en el currículo y no como una actividad puntual.

LECCIONES APRENDIDAS Y BARRERAS IDENTIFICADAS

El respaldo institucional de la Clínica de Simulación fue determinante para contar con espacio físico y materiales, y la convocatoria a través de canales institucionales permitió llegar rápidamente a estudiantes motivados. El entrenamiento previo de los PS resultó clave para la fidelidad percibida por los participantes, y la participación voluntaria pudo favorecer la disposición al aprendizaje que probablemente no se habría logrado con una actividad obligatoria.

Al mismo tiempo, el piloto dejó ver limitaciones que cualquier institución que replique el modelo debería anticipar. La muestra (n = 15) fue pequeña y no se calculó a partir de un diseño estadístico previo, lo que limita la generalización de los resultados. El cuestionario de autoconfianza empleado fue genérico y carecía de validación formal, y la selección de los casos por el propio equipo investigador introduce un sesgo de diseño que puede no representar toda la diversidad de urgencias hospitalarias reales. Además, los recursos institucionales disponibles condicionan inevitablemente la diversidad y complejidad de los escenarios que pueden replicarse, y la medición de autoconfianza, al ser una percepción subjetiva, no reemplaza una evaluación objetiva de competencias clínicas.

RECOMENDACIONES PARA LA REPLICACIÓN EN OTRAS INSTITUCIONES

A partir de esta experiencia y de la revisión de la evidencia internacional más reciente, proponemos diversas recomendaciones para las instituciones interesadas en adoptar este modelo. En cuanto a su integración curricular, consideramos indispensable implementar las GS a partir del ciclo de externado clínico (quinto o sexto año de la carrera) como una herramienta de preparación intensiva previa al internado médico. Su inclusión resulta estratégicamente necesaria en cursos transversales como Emergencias, Cirugía o Medicina Interna, ya que facilita una transición segura y estructurada entre el aprendizaje teórico y la práctica clínica real. Respecto

Tabla 4. Medianas de autoconfianza pre y posguardia simulada por competencia técnica.

Competencia técnica	Preguardia simulada	Posguardia simulada	Valor de p
	Mediana (RIC)	Mediana (RIC)	
Suturas	3 (2-5)	4 (3-5)	0,010 *
Atención de parto	3 (1-4)	4 (2-5)	0,010 *
Atención inmediata RN	3 (1-4)	3 (2-5)	0,030 *
Manejo de politraumatizado	3 (1-4)	4 (3-5)	0,010 *
Manejo de trauma torácico	3 (2-4)	4 (3-5)	0,002 *
Manejo de pancreatitis	3 (3-5)	3 (2-5)	0,800
Manejo de shock	3 (1-5)	3 (1-5)	0,390
Prescripción de antibióticos	3 (1-4)	3 (2-4)	0,420
Test de Capurro	3 (1-4)	3 (2-5)	0,020 *
Test de Apgar	3 (2-4)	3 (2-5)	0,110

RN: recién nacido; RIC: rango intercuartílico.
* p < 0,05 (prueba de rangos con signos de Wilcoxon).

al diseño de los escenarios, sugerimos que la selección de casos responda al perfil epidemiológico local, priorizando los cuadros clínicos de mayor atención en urgencias. Asimismo, el equipo facilitador debe ser multidisciplinario, integrado por al menos un especialista clínico y un experto en simulación con formación en técnicas de *debriefing*. Para el trabajo con PS, es fundamental contar con guiones estructurados, realizar ensayos previos y garantizar una diversidad demográfica que enriquezca el realismo.

En el ámbito de la evaluación, recomendamos emplear instrumentos validados para medir la autoconfianza y, en la medida de lo posible, complementarlos con herramientas de ECOE para dotar al proceso de mayor rigor. Si el objetivo institucional es evaluar la efectividad de la intervención y no solo su factibilidad, será necesario calcular el tamaño de muestra mediante un análisis de poder estadístico y considerar la inclusión de un grupo control. En términos de progresividad, sugerimos un enfoque escalonado: iniciar con dos o tres escenarios de complejidad básica e incrementar el nivel de exigencia conforme el modelo se consolide, siguiendo la lógica de empezar en pequeño y escalar [13]. Para garantizar la sostenibilidad del proyecto, es indispensable registrar cada sesión, refinar los guiones y documentar las lecciones aprendidas para construir un banco de escenarios institucional reutilizable. Finalmente, reiteramos que este modelo es replicable con recursos óptimos; requiere únicamente de una sala adecuadamente acondicionada, insumos de bajo costo y actores voluntarios capacitados, manteniendo el rigor del diseño y de la implementación [20].

En conclusión, más que postular una efectividad general, los resultados sugieren que las GS representan una intervención educativa factible y de alto impacto para la formación clínica en contextos universitarios peruanos, incluso con recursos institucionales limitados. El piloto realizado en la UCSUR sugiere que es posible mejorar de forma significativa la autoconfianza de los estudiantes en competencias técnicas clave (politraumatismo, trauma torácico, sutura y atención del parto), y nos da la base para proponer su adopción como estrategia formativa sistemática, y no como una actividad aislada, dentro del externado y el internado de Medicina Humana.

Esta evidencia local se suma a una tendencia internacional creciente que respalda la simulación de guardia como estrategia costo-efectiva y escalable para preparar a los estudiantes ante la transición a la práctica clínica independiente [5-8,13,14], y a una generación de médicos jóvenes que, desde su propia experiencia reciente de esa transición, está impulsando buena parte de esta innovación [8,9].

El presente documento sistematiza nuestra propuesta de diseño e implementación en cinco fases replicables (planificación, preparación, entrenamiento, ejecución y evaluación) e incorpora recomendaciones actualizadas conforme a los estándares internacionales de simulación clínica más recientes [18, 19], con el fin de adaptar el modelo a distintos contextos institucionales. Por ello, se alienta a otras escuelas de medicina del país y la región a adoptar este modelo progresivamente, documentar sus experiencias y contribuir a consolidar una evidencia local sobre la efectividad de la simulación en la educación médica latinoamericana [11,12].

Material suplementario

Se puede acceder al material complementario en el siguiente enlace: https://revistas.cientifica.edu.pe/index.php/mecp/article/view/4113/1911

Contribuciones de autoría

JGM: Conceptualización, Administración del proyecto, Supervisión, Redacción - Revisión y edición. DVTY: Conceptualización, Limpieza de datos, Investigación, Administración del proyecto, Recursos, Redacción - Artículo original. APZ: Conceptualización, Investigación, Administración del proyecto, Recursos, Supervisión, Redacción - Revisión y edición. SDW y DSL: Conceptualización, Investigación, Recursos, Supervisión, Redacción - Revisión y edición. VVR: Conceptualización, Limpieza de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Recursos, Software, Visualización, Redacción - Artículo original. FNC: Visualización, Redacción - Revisión y edición. Todos los autores asumen la plena responsabilidad del contenido del manuscrito.

Financiamiento

Este estudio no ha recibido ningún tipo de financiamiento.

Declaración de conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Declaración de uso de inteligencia artificial generativa

Durante la preparación de este trabajo, los autores utilizaron Gemini con fines de corrección gramatical. Tras el uso de esta herramienta, los autores revisaron y editaron cuidadosamente el contenido según fue necesario, y asumen plena responsabilidad por la versión final del manuscrito.

Declaración de disponibilidad de datos

No aplica.

Agradecimientos

Ninguno.

ORCID

Jordi Grau-Monge: https://orcid.org/0000-0002-7371-638X

Diego Vargas-Torres-Young: https://orcid.org/0000-0003-1018-8281

Alvaro Prialé-Zevallos: https://orcid.org/0000-0002-9532-8839

Solange Dubreuil-Wakeham: https://orcid.org/0000-0001-7692-4873

Daniela Samaniego-Lara: https://orcid.org/0000-0002-5402-832X

Fiorella Neyra-Cordova: https://orcid.org/0009-0003-2188-8176

Victor Velásquez-Rimachi: https://orcid.org/0000-0002-9350-7171

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso-Peña M, Álvarez Álvarez C. Clinical simulation in health education: a systematic review. Invest Educ Enferm. 2023;41(2):e08. doi: 10.17533/udea.iee.v41n2e08.
2. Wald D, Peet A, Cripe J, Kinloch M. A Simulated Night on Call Experience for Graduating Medical Students. MedEdPORTAL. 2016;12:10483. doi: 10.15766/mep_2374-8265.10483.
3. Misquita L, Millar L, Bartholomew B. Simulated on-call: time well spent. Clin Teach. 2020;17(6):629-637. doi: 10.1111/tct.13148.
4. Ivarson J, Zelic L, Sondén A, Samnegård E, Bolander Laksov K. Call the On-Call: a study of student learning on an interprofessional training ward. J Interprof Care. 2021;35(2):275-283. doi: 10.1080/13561820.2020.1725452.
5. Ahmed-Issap A, Bialan J, Eastwood M, Barnes J. Preparing medical students by simulating on-call shifts. Med Educ. 2025;59(10):1129-1130. doi: 10.1111/medu.15663.
6. Desouky O, Lawes N, Hunter T, Zafar N, Whitehead W. On-Call Simulation: A One-Day Comprehensive Simulation of Clinical Practice for Final-Year Medical Students. Cureus. 2024;16(11):e74555. doi: 10.7759/cureus.74555.
7. Scott R, Chumbley SD, Miles M, Beattie C, Grewal A. On-call simulation: Evaluating cost and impact. Clin Teach. 2024;21(6):e13807. doi: 10.1111/tct.13807.
8. Nichols MM, Radcliffe A, Daniel A. Virtual On-Call: Use of Low-Fidelity Simulation to Improve Preparedness for Practice. Cureus. 2024;16(11):e73916. doi: 10.7759/cureus.73916.
9. Runicles A, Alqeisi T, Bradley M, Zuberi S, Gatenby P. Creating a Simulated On-Call Scenario to Measure Stress and Improve Confidence in Medical Students. BJPsych Open. 2024;10(Suppl 1). doi: 10.1192/bjo.2024.427.
10. Armijo-Rivera S, Machuca-Contreras F, Raul N, de Oliveira SN, Mendoza IB, Miyasato HS, *et al.* Characterization of simulation centers and programs in Latin America according to the ASPIRE and SSH quality criteria. Adv Simul (Lond). 2021;6(1):41. doi: 10.1186/s41077-021-00188-8.
11. Muñoz-Gualán GG, Sierra RE. La simulación clínica en la educación médica moderna: revisión de revisiones. Rev Eugenio Espejo. 2025;19(1):102-116. doi: 10.37135/ee.04.22.08.
12. Velásquez-Rimachi V, Runzer-Colmenares F, Cabanillas-Lazo M, Dubreuil-Wakeham S, Samaniego-Lara D, Mayta-Tristan P, *et al.* A 10-year bibliometric analysis of Latin America and the Caribbean healthcare simulation studies: focus on top-10 production trends. Adv Simul (Lond). 2023;8(Suppl 1):33. doi: 10.1186/s41077-023-00270-3.
13. Herrera-Calderón AP, Cerón-Apipilhuasco A, Loría-Castellanos J, Duarte-González S. La simulación clínica en la educación médica en alumnos de pregrado. An Med ABC. 2026;71(1):69-73. doi: 10.24875/AMH.M25000134.
14. Priest S, Wells L, Huszka H, Tovell N, Okorie M. Preparing clinicians for practice: effectiveness and design of on-call simulation. BMC Med Educ. 2024;24(1):623. doi: 10.1186/s12909-024-05495.
15. Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Internado Médico en el Perú: desafíos y realidad de la nueva generación de médicos [Internet]. Lima: UPCH; 2025. Disponible en: https://medicina.cayetano.edu.pe/noticias/internado-medico-en-el-peru-desafios-y-realidad-de-la-nueva-generacion-de-medicos/
16. Fraser KL, Ayres P, Sweller J. Cognitive Load Theory for the Design of Medical Simulations. Simul Healthc. 2015;10(5):295-307. doi: 10.1097/SIH.0000000000000097.
17. Goffman E. The presentation of self in everyday life. London: Harmondsworth; 1978.
18. Decker S, Sapp A, Bibin L, Chidume T, Crawford SB, Fayyaz J, *et al.* Healthcare Simulation Standards of Best Practice: The Debriefing Process (umbrella review update). Clin Simul Nurs. 2025. doi: 10.1016/j.ecns.2025.101775.
19. Stefanidis D, Cook D, Kalantar-Motamedi SM, Muret-Wagstaff S, Calhoun AW, Lauridsen KG, *et al.* Society for Simulation in Healthcare Guidelines for Simulation Training. Simul Healthc. 2024;19(1S):S4-S22. doi: 10.1097/SIH.0000000000000776.
20. Uribe-Muñoz K, Hidalgo-Mancilla D. Transferencia del aprendizaje desde la educación basada en simulación a la práctica clínica: Revisión sistemática. Rev Latinoam Simul Clin. 2024;6(1):40-49. doi: 10.35366/115805.