



**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y**  
**EDUCACIÓN**



**UNIDAD DE POSGRADO DE CIENCIAS HISTÓRICO**  
**SOCIALES Y EDUCACIÓN**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

**HISTORIA CLÍNICA ORIENTADA POR PROBLEMAS Y SU**  
**UTILIDAD PARA EL INTERNO DE MEDICINA EN EL**  
**DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES. HOSPITAL ELEAZAR**  
**GUZMÁN BARRÓN-NUEVO CHIMBOTE-2016**

**TESIS**

**PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE**  
**MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN CON MENCIÓN EN**  
**INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA**

**AUTORA:**

**Bach. ELIZABETH EMELDA FLORES CORONEL**

**ASESOR:**

**M.Sc. CARLOS VÁSQUEZ CRISANTO**

**LAMBAYEQUE - PERÚ**

**2019**

HISTORIA CLÍNICA ORIENTADA POR PROBLEMAS Y SU UTILIDAD PARA EL INTERNO DE  
MEDICINA EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN  
BARRÓN-NUEVO CHIMBOTE-2016

PRESENTADO POR:

---

Bach. ELIZABETH FLORES CORONEL  
AUTORA

---

CARLOS VÁSQUEZ CRISANTO  
ASESOR

APROBADO POR:

---

MARÍA ELENA SEGURA SOLANO  
PRESIDENTA

---

JERRY OMAR JARA LLANOS  
SECRETARIO

---

EVERT FERNÁNDEZ VÁSQUEZ  
VOCAL

## DEDICATORIA

A los pacientes que me conceden el privilegio de practicar este oficio.

A mis colegas, Internos y Residentes de quienes tanto he aprendido.

A mi madre, mi amiga con quien conté siempre.

A mis hijos Gonzalo, Canndy y Ghía Elízabeth mis esperanzas del mañana

## AGRADECIMIENTO

Mi más sincero agradecimiento a las personas que colaboraron con la realización de este Trabajo de Grado.

A los profesionales expertos que validaron el diseño de la Historia Clínica Orientado por Problemas.

A los Internos y Residentes del Departamento de Medicina por regalarme parte de su tiempo y conocimientos plasmados en el presente trabajo.

A Dios todopoderoso junto a él nada es imposible.

## RESUMEN

La enseñanza aprendizaje en el internado de medicina es preocupación en la Región Ancash-Hospital-EGB-Chimbote, toda vez que la Historia Clínica tradicional no permitellograr la competencia diagnóstica de las enfermedades; siendo necesario implementar estrategias, que garantice el proceso enseñanza-aprendizaje para lograr la competencia diagnóstica; es en este sentido que el presente estudio pretende demostrar que la Historia Clínica Orientado por Problemas (HCOP) a diferencia de la tradicional, contribuye a desarrollar las competencias clínicas en el estudiante para lograr el diagnóstico de las enfermedades. El problema se sustenta en las teorías psicopedagógicas del aprendizaje con orientación constructivista y la andragógica. El estudio es cuasi experimental y toma como muestra 14 internos. La técnica empleada es la observación directa del desempeño del interno, con evaluación pre y post rotación respecto al conocimiento de la HCOP y las competencias clínicas alcanzadas a través de ésta. Definidas las competencias a alcanzar se utiliza el programa SPSS V.23 previa elaboración de la base de datos - programa EXCEL y la estadística descriptiva. Los resultados muestran: Mejora significativa del nivel de conocimientos respecto a la importancia de la HCOP con una Desviación Estándar de 4.8 al inicio y 2.3 al finalizar la rotación y mejora altamente significativa ( $p < 0.01$ ), existe un logro significativo del aprendizaje en todas y cada una de las competencias Clínicas con un nivel de significancia de  $p < 0.01$ . Se concluye que la HCOP demuestra utilidad académico-científico-clínico en el proceso enseñanza-aprendizaje del Interno, permitiendo desarrollar las competencias clínicas y llegar al diagnóstico de las enfermedades.

**PALABRAS CLAVE:** Internado, HCOP, Competencia Clínica, Enseñanza-aprendizaje, Capacidad de diagnosticar.

## .ABSTRAC

Teaching-learning in the boarding school of medicine is a concern in the Ancash-Hospital-EGB-Chimbote Region, since the traditional clinical history does not allow to achieve the diagnostic competence of the diseases; It is necessary to implement strategies that guarantee the teaching-learning process to achieve diagnostic competence; it is in this sense that the present study aims to demonstrate that the Clinical History Oriented by Problems (HCOP) unlike the traditional one, contributes to develop the clinical competences in the student to achieve the diagnosis of the diseases. The problem is based on the psychopedagogical theories of learning with constructivist orientation and the andragogic one. The study is quasi-experimental and takes 14 internal samples. The technique used is the direct observation of the intern's performance, with pre- and post-rotation evaluation regarding the knowledge of the HCOP and the clinical competences achieved through it. Once the competencies to be achieved have been defined, the SPSS V.23 program is used after the preparation of the database - EXCEL program and descriptive statistics. The results show: Significant improvement of the level of knowledge regarding the importance of HCOP with a Standard Deviation of 4.8 at the beginning and 2.3 at the end of the rotation and highly significant improvement ( $p < 0.01$ ), there is a significant achievement of learning in all and each of the Clinical competences with a level of significance of  $p < 0.01$ . It is concluded that the HCOP demonstrates academic-scientific-clinical utility in the internal teaching-learning process, allowing the development of clinical competences and reaching the diagnosis of diseases.

KEY WORDS: Internship, HCOP, Clinical Competence, Teaching-learning, Ability to diagnose.

.

## INDICE

CONTENIDO	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I:	15
ANÁLISIS DEL OBJETO DE ESTUDIO	15
1.1. CONTEXTO GEOPOLÍTICO Y SOCIO CULTURAL	16
1. 1.1 Ubicación	
1.1.2. En lo poblacional	
1.1.3. En lo económico	
1.1.4. En lo cultural	
1.1.5. En lo educativo	
1.1.6. De la salud	
1.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICO TENDENCIAL DE LA HISTORIA CLÍNICA ORIENTADA POR PROBLEMAS	20
1.3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	24
1.3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	24
1.3.2. POBLACION Y MUESTRA	24
1.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	25
1.4.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	25
1.4.2. INSTRUMENTOS	25
1.4.3. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:	29
1.4.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS:	29
CAPITULO II:	
2.1. FUNDAMENTOS TEORICOS	30
2.2. BASES TEÓRICAS:	31
2.2.1. FUNDAMENTO FILOSÓFICO	31
2.2.2. FUNDAMENTACION PSICOLOGICA	32
2.2.3. FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA	37

2.3.4. FUNDAMENTACIÓN TÉCNICO CIENTÍFICA	37
MODELO TEÓRICO: HCOP FORMULADA POR LAURENCE WEED	40
BASE CONCEPTUAL	41
ESQUEMA DE LAS BASES TEÓRICAS	43
TEORÍA CONSTRUCTIVISTA Y TEORÍA ANDRAGÓGICA 44	44
CAPITULO III	
RESULTADOS, DISCUSION, PROPUESTA	45
3.1. RESULTADO	46
3.2. DISCUSIÓN	49
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	53
PROPUESTA	54
ANEXOS	57



## INTRODUCCIÓN

Desde hace algunos años, en diferentes Universidades de todo el mundo, se inició el proceso de aprendizaje en medicina basada en la Historia Clínica Orientada por Problemas (HCOP), y cada vez es mayor la preocupación por utilizar técnicas e instrumentos de aprendizaje que permitan al estudiante alcanzar las competencias para hacer el diagnóstico de las enfermedades. Igual preocupación mostró la necesidad de emplear técnicas de evaluación que permitan medir la capacidad del estudiante en cuanto a la aplicación del conocimiento, el uso efectivo de habilidades y el desarrollo de actitudes; es en función de estas necesidades que se han formulado diferentes metodologías como la evaluación con simuladores, videograbaciones y el examen clínico objetivo estructurado (ECOЕ).

El internado que corresponde al último año de estudios de la carrera de medicina, es una etapa en la que el estudiante debe aplicar en la práctica los conocimientos adquiridos en los años previos, por lo cual los métodos de evaluación utilizados deben de proporcionar información sobre si el futuro profesional ha logrado las competencias mínimas definidas en el plan de estudio que le permita desempeñarse como futuro médico general; sin embargo es poca la información a nivel nacional respecto al logro de las competencias clínicas del interno, el uso de la HCOP como método docente de enseñanza aprendizaje y el uso de la ECOЕ como método evaluativo del logro de competencias; es en este sentido que el presente estudio pretende demostrar de manera objetiva la utilidad del instrumento HCOP como método de enseñanza-aprendizaje para el logro de las competencias clínicas en el diagnóstico de las enfermedades, el mismo que se pondrá en evidencia en los resultados del presente estudio.

La asistencia clínica a los pacientes genera información médica y administrativa, y en su conjunto se denomina Historia Clínica, de otro lado la información médica contenida en este expediente es considerada una actividad científica, situación que hace que la atención brindada sea un hecho comparable y reproducible, haciendo de la Historia Clínica un excelente instrumento para la enseñanza aprendizaje en el campo de la medicina (Suarez M. 2006).

Al respecto, Muñoz J. dice:

Este método de investigación clínica hace que el proceso enseñanza aprendizaje en medicina adquiera otra dimensión, donde el complemento teórico de la información surge como una necesidad real, por lo que es necesario acopiar datos acerca de la patología de distintas afecciones, del cuadro clínico o de laboratorio, del pronóstico, de la evolución, con una motivación concreta cual es la solución integral de los problemas de salud del paciente, es recién aquí cuando el acto médico aparece como un proceso integrado por una serie de pasos sucesivos que corresponde a la secuencia seguida por el método científico, característica de la Historia Clínica Orientada por Problemas (Muñoz J., 1998).

Durante años la enseñanza de la medicina utilizó a la Historia Clínica tradicional, caracterizada por la recolección mecánica de la información, no permitiendo la discriminación de datos que orienten al descubrimiento de la enfermedad, poniendo al Interno en dificultades para encontrar soluciones a los problemas de salud del paciente, y recurre entonces a su imaginación, intuición y subjetivismo, que lo van alejando cada vez más de una medicina razonada y con base científica (Hurts J W, 1971); situación que generó preocupación en los sistemas de salud a nivel mundial, así en Nicaragua (2008) el Ministerio de Salud, oficializa el uso de la HCOP como un sistema técnico de registro de la información clínica, considerando que dentro del sistema prevalecía varias formas de manejar dicho instrumento y la mayoría de ellas sin apego a un modelo que facilite el análisis, la investigación o la auditoria de la calidad de las prestaciones asistenciales; por lo tanto se dispuso utilizar la Historia Clínica Orientada por Problemas, independientemente de las características del establecimiento de salud (MINSA-Nicaragua, 2008).

Suarez B. hace mención que en Cuba, el registro del expediente clínico supone dos grandes retos: Uno es tener Internos de medicina competentes para su adecuado registro y otro es encontrar docentes clínicos preparados a la altura de la tarea. Al respecto señala que ambos casos son problemas en el sistema de salud, por un lado existe la fábrica de médicos la que se traduce no solo en más galenos, sino también en una insuficiente preparación académica de los mismos, cuya evaluación del logro de competencias en el año de internado es el cualitativo, por lo tanto las evaluaciones no cumplen su objetivo, porque no se corresponde con el nivel de desarrollo de sus habilidades

clínicas, hechos que tienen una incidencia negativa en el logro del diagnóstico de las enfermedades.

El otro aspecto son los maestros, pues la falta de profesores Clínicos calificados como Tutores de internado inciden negativamente en la formación del estudiante, ya que en muchos de ellos les falta el don de comunicarse no como médicos sino como maestros, por lo tanto tener docentes pedagógicamente no preparados y discípulos mal elegidos, hacen que la calidad de la atención en los hospitales sea observada, traducidas en un bajo nivel de calidad de la atención hospitalaria, evidenciada a través de la Historia Clínica y de las prestaciones asistenciales (Suárez B.M. 2006).

De lo anterior se desprende, que buenas Historias clínicas ayudan a tomar decisiones correctas e incrementan el potencial de efectividad en el diagnóstico y atención del paciente; por el contrario si los datos registrados son incompletos, dispersos, no permiten ubicar con rapidez ni fácilmente el problema de salud del paciente, y traen como consecuencia dificultades en el diagnóstico y errores de tratamiento; es en este aspecto que la HCOP supera estas deficiencias, al permitir el abordaje integral del paciente, favorece la inclusión de múltiples necesidades procedentes de sus esferas biológicas, psicológica y social del paciente e incorpora los elementos de sus contextos familiar y comunitario, todo ello en el marco de un coordinado trabajo en equipo, bondades que le permite tener utilidad académico-científico en la formación del Interno de Medicina y en la toma de decisiones en las instituciones de salud (Suarez B.M. 2006).

En América Latina los programas de formación médica buscan como estrategias a la HCOP para fortalecer la formación del estudiante (Tapia R., Núñez R., Syr Salas R. y Rodríguez Orozco. 2012). En el Perú el internado es exclusivamente hospitalario, pues se considera como la única etapa curricular en la que el estudiante tiene la oportunidad de aprender haciendo; sin embargo no se toma en cuenta los procesos necesarios que le permita adquirir la competencia de diagnóstico, situación que hace que los egresados del programa muestren deficiencias en la formulación de la Historia Clínica y consecuencia de ello dificultades en el diagnóstico; planteándose como problema que los docentes asistenciales no brindan conocimientos al Interno, respecto como desarrollar la HCOP, tampoco se le enseña el razonamiento diagnóstico, por lo tanto los estudiantes lo aprenden empíricamente viéndolo hacer y copiando del Residente, de los médicos especialistas o de sus tutores asistenciales (Moreno MA. 2001).

Cuando revisamos el desarrollo del Internado en el Perú no encontramos estudios específicos sobre el tema, sin embargo se encuentran observaciones al respecto, así Cervantes Begazo R (1995) comenta que no existe variación en el desarrollo del programa de Internado médico en el Perú durante años, más bien existen factores que inciden negativamente en las deficiencias del programa, y estos eran y se siguen manteniendo, así afirma que:

1. El internado médico estaba estructurado en bloques de cursos para ciencias básicas, preclínicas, clínicas e internado. Se critica este modelo por el hecho de atomizar el conocimiento y fragmentar la realidad, ya que las practicas se organizaban en torno a la acumulación de información y no a la construcción de esquemas conceptuales, contrariamente a la que postula Piaget.
2. Las autoridades de salud muchas de ellas consideraban al interno como una carga económica y como carga para el personal asistencial.
3. En los establecimientos de salud se designaban tutores, sin considerar que este personal por la fragmentación de los horarios no permanecerán todo el tiempo con el Interno.
4. El excesivo número de Internos lleva al hacinamiento hospitalario del programa, restringiendo el campo clínico a cada uno de ellos, agravado por la nula supervisión docente (Cervantes B. R. 1995).  
Todas éstas son características del Programa de Internado en el Perú y que se siguen manteniendo hasta la actualidad.

Por el año 2010, la Vicedecana del Colegio Médico del Perú, refiere que a pesar que el diseño curricular del programa de internado está centrado en el estudiante y basado en competencias, a pesar de ello los resultados no son favorables, pues el interno carece de aprendizaje significativo, consecuencia de la no formación pedagógica del docente y la falta de un sistema efectivo de enseñanza aprendizaje, cuyo resultado son Internos sin capacidad para diagnosticar las enfermedades y una Historia Clínica que no reúne los estándares de calidad que el sistema de salud exige. (Fajardo C. 2010).

En la Región Ancash, el Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote (EGB-NCH), como hospital docente lleva desarrollando el Programa de Internado durante 8 años, donde mediante convenio con diferentes Universidades del País se autoriza el ingreso del estudiante sin mayor exigencia que el convenio y la carta de presentación de la autoridad Universitaria; siendo en la actualidad su distribución de 7 alumnos por rotación (Medicina, Pediatría, Cirugía y Gineco-Obstetricia) con un total de 28 Internos, que de acuerdo a la capacidad y

realidad hospitalaria solo le corresponde 03 internos por rotación con un total de 12 internos. Es importante resaltar que el programa de internado está siendo desarrollado por alumnos de 04 universidades, de las cuales solo una (Universidad Nacional Trujillo- 2015) cuenta con un documento técnico, denominado Reglamento y Silabo de Internado, donde se fija los objetivos y competencias a alcanzar en el año académico (UNT.2015); situación que demuestra, que son pocos los estudiantes que tienen metas asignadas; condicionando que la mayoría de ellos se comporte como un ente pasivo, dedicado a la acumulación mecánica de datos, ya que la falta de objetivos reduce al alumno a aprender solo conductas observables, medibles y cuantificables, descuidándose el desarrollo de los procesos cognitivos y afectivos en un escenario de aprendizaje óptimo como es el área hospitalaria, el mismo que no es aprovechado para la construcción del conocimiento.

En el Perú, el MINSA (Ley General de Salud 26842 Art. 42) regula el proceso del desempeño asistencial salvaguardando la integridad legal de las instituciones de salud, haciendo público que la calidad de la atención es una preocupación del sistema, la misma que será demostrada mediante auditorias de la calidad de la Historia Clínica, donde el Interno de medicina forma parte de este proceso (MINSA. 2006).

Como resultado de lo normado, el HEGB muestra un nivel de calidad observable en lo referente a la calidad del registro de la Historia Clínica, nivel que se sustenta con los hallazgos de auditoria de la Calidad, características que posicionan a esta institución con un nivel de calidad de solo 64%, cuando el estándar esperado es  $\geq 80\%$ , lo que hace que el nivel de calidad sea por mejorar (MINSA-HEGB, 2015); llamando la atención que esta brecha de la calidad coincide con el inicio de las actividades docentes, permaneciendo igual durante 07 años (MINSA-HEGB. 2008); además de agregar a ello las dificultades que algunos de los internos muestran para comprender que el aprendizaje es un proceso individual y complejo, de asimilación y acumulación de nuevo conocimiento a su estructura cognoscitiva, y que luego de lo cual deberán aplicarlo en una nueva situación, pues sin este proceso no habrá aprendizaje, ni se responderá de manera efectiva a los problemas de salud en la magnitud que la sociedad espera. Así el encargo social exige a las Universidades la formación de un profesional que encarne el ideal humanista, un médico diferente, cualitativamente superior, más humano, capaz de brindar servicios en cualquier lugar y en las condiciones más difíciles, responsable de su autoeducación constante y comprometido con los principios éticos de la profesión y con los valores de la sociedad, lo que hace ver a la profesión médica como una carrera de alto nivel científico-cultural, de la que forma parte la Historia Clínica (HC),

documento médico legal utilizado como instrumento para desarrollar docencia e investigación y políticas de salud.

Centramos nuestro interés en esta línea, para lo cual definimos como **objeto de estudio** el Proceso Enseñanza Aprendizaje (PEA) del Internado de Medicina Humana en los alumnos-internos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote de la Región Ancash-2016.

Para el desarrollo de nuestra investigación se planteó el siguiente **problema**, en los alumnos-internos de las Facultades de Medicina Humana del Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote de la Región Ancash-2016 se **observa** un deficiente nivel de desarrollo de la competencia diagnóstico de las enfermedades que **se evidencia** en la formulación de la Historia Clínica (HC), así se obvia la codificación, la filiación del paciente, no se registra los antecedentes ni consignan signos vitales, el examen clínico es discordante con la anamnesis y con los problemas de salud, la hipótesis diagnóstica se aleja del problema de salud y no pueden ser demostrada por no contar con un plan de ayuda diagnóstica congruente, lo que hace que no se llegue al diagnóstico definitivo, por lo tanto es imposible definir el pronóstico del paciente. Se carece de un ordenamiento, existiendo páginas no foliadas, no se registra la hora de atención y la letra es ilegible; se registran firmas de médicos tratantes sin respaldo del sello correspondiente **esto debido** a múltiples factores, siendo uno de ellos el inadecuado planteamiento didáctico- metodológico.

El **Objetivo** de la investigación fue:

OBJETIVO GENERAL: Mejorar la competencia clínica del Interno de Medicina a través de la Historia Clínica Orientada por Problemas (HCOP), como instrumento de enseñanza aprendizaje para el diagnóstico de las enfermedades, en el Departamento asistencial de Medicina, hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote, año 2016.

Y como objetivos específicos son:

1. Medir el nivel cognitivo del Interno de medicina en lo referente a la Historia Clínica Orientada por Problemas (HCOP), como instrumento de enseñanza-aprendizaje para el logro de competencias clínicas en el diagnóstico de las enfermedades.
2. Evaluar en el Interno de medicina a través del proceso evaluativo ECOE el logro de las competencias clínicas como producto de la aplicabilidad de la HCOP.
3. Sistematizar la teoría existente referida a la Historia Clínica Orientada por Problemas y las teorías Psicológicas cognitivas.

4. Diseñar una propuesta metodológica de Historia Clínica Orientada por Problemas para desarrollar la capacidad de diagnosticar del Interno de medicina, en el hospital EGB-Nuevo Chimbote.

La **Hipótesis** defendida es: El proceso de enseñanza-aprendizaje basado en el programa Historia Clínica Orientado por Problemas (HCOP), contribuye a desarrollar en el Interno de Medicina sus habilidades clínicas para diagnosticar las enfermedades, en la rotación de Medicina Interna del Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote, año 2016.

Para entendimiento de la investigación el presente trabajo se estructura en tres capítulos: el primero analiza el objeto de estudio, así mismo muestra cómo surge el problema, de la misma manera presenta sus características y como se manifiesta, para finalmente presentar la metodología usada en la ejecución del trabajo.

El segundo Capítulo, presenta las teorías que sustentan la Variable Independiente o propuesta, que dan soporte a la propuesta que con carácter de hipótesis se plantea, así como se explica la variable dependiente el aprendizaje de la HCOP para el logro de la competencia diagnóstica.

En el tercer capítulo se analiza el resultado facto perceptible que se obtuvo a través de la aplicación de un proceso de evaluación a los estudiantes; así como se presenta la propuesta que pretende resolver el problema. Además, se presentan las conclusiones a que se arriba y las recomendaciones para la aplicabilidad de la propuesta.

**La AUTORA**

# **CAPITULO I**

## **ANALISIS DEL OBJETO DE ESTUDIO**



## 1.1. CONTEXTO, GEOPOLÍTICO Y SOCIO CULTURAL

### 1.1.1. UBICACIÓN

El estudio se desarrolló en el hospital Regional Docente Eleazar Guzmán Barrón-Nivel II-2 del Ministerio de Salud, Distrito de Nuevo Chimbote, Departamento de Ancash.

El distrito de Nuevo Chimbote se encuentra ubicado en la zona árida de la Costa Norte del Perú, a la orilla de la Bahía El Ferrol y la Bahía de Samanco, a 420 Km. al norte de la ciudad de Lima, a 9° 12' 30" de latitud Sur 76° 55' 00" de longitud Oeste, su temperatura oscila entre 28°C en verano y 13°C en invierno.


Su superficie es de 389,73 Km<sup>2</sup>, tiene por capital a la ciudad de Buenos Aires y cuenta con 78 Asentamientos Humanos entre Urbanizaciones Residenciales, Urbanizaciones Progresivas de Interés Social, Habilitaciones Urbanas, Asociaciones de Vivienda y 6 centros poblados rurales. Limita al norte con el distrito de Chimbote y al sur con el Distrito de Samanco. Al este con el Distrito de Nepeña, al oeste de la misma se encuentra el Océano Pacífico, en el que se adentra la Península del Ferrol, la que encierra junto a las islas Blanca y Ferrol, la Bahía de Chimbote.

Se considera tener una importancia estratégica, por ser una zona priorizada con fines de expansión urbana y suelos de relieve y consistencia apropiada para el cultivo, razón por la cual forma parte del Proyecto especial de Irrigación CHINECAS, para ampliar la frontera agrícola.

Cuenta con vías de comunicación terrestre que facilita la comunicación permanente con el resto del país, y a través del Puerto de Chimbote tiene comunicación internacional.

Distrito	Nuevo Chimbote
<u>País</u>	<u>Perú</u>



<u>Departamento</u>	<u>Áncash</u>
<u>Provincia</u>	 <u>Santa</u>
<u>Altitud</u>	4 metros snm
<u>Población</u>	220,000 habitantes

### 1.1.2. POBLACIÓN:

El distrito de Nuevo Chimbote según el Censo de Población y Vivienda de 1993 (INEI), contaba con 66962 habitantes, para el año 2000 cuenta con una población estimada de 82526 habitantes, aplicando una tasa de crecimiento anual de 1.5%. Este estimado dista mucho de ser realidad por cuanto, en los últimos diez años y en la actualidad se calcula que la población asciende a 200,000 habitantes, consecuencia de un trasvase de gran parte de la población de Chimbote hacia Nuevo Chimbote, ante las perspectivas de que los lotes de terreno van a ser atendidos con infraestructura básica, asfaltado de vías, menor contaminación ambiental, terrenos firmes y no inundables, contrario a la situación de Chimbote.

Su población se caracteriza por ser emigrante de los pueblos de la sierra, además el auge siderúrgico y pesquero motivó una gran movilización de familias completas desde la sierra a la ciudad de Chimbote, haciendo que esta gran migración causaría adhesión de diversos patrones culturales en la población Chimbotana, situación que la ciencia médica debe de contemplar, toda vez que los diferentes patrones culturales tiene gran influencia en la génesis de las enfermedades.

### 1.1.3. EN LO ECONÓMICO:

Luego del sismo de 1970 Buenos Aires y las demás urbanizaciones que se instalan, nacen como una comunidad en extensión de Chimbote, en consecuencia dependiente totalmente de la economía de esa localidad, sin una actividad productiva y económica propia, carente de riqueza que genere fuentes de trabajo.

Hoy en día cuando la pesca y la siderurgia ya no son en Chimbote el emporio de antes, en Nuevo Chimbote se impulsa a crear otras fuentes de riqueza y de trabajo como la

agroindustria, la acuicultura, el turismo que solvente la economía local del distrito. Sin embargo la economía actual del distrito de Nuevo Chimbote sigue dependiendo de la pesca y en una pequeña proporción su ingreso económico proviene de los empleos estatales, donde la gran parte de trabajadores son foráneos, sin embargo los auténticos Chimbotanos siguen dedicándose a la industria pesquera, tanto en la labor extractiva como en la transformación. Las fábricas de harina y aceite de pescado tienen sus plantas industriales en la zona industrial de Chimbote, la cual abarca el tercio de la bahía, siendo las principales especies de pescado extraídas la anchoveta, el atún, el jurel y la caballa entre otros.

Con respecto a la economía del Interno de Medicina, éste se encuentra sujeto a las normas administrativas de la institución donde lo realiza su año de Internado, siendo considerado como un trabajador de la administración pública, toda vez que este programa tiene asignado un presupuesto que le permite subvencionar sueldos y beneficios sociales en función de las plazas previstas de la institución, además del derecho a alimentación, vivienda y uniforme.

#### 1.1.4. EN LO CULTURAL

El primer sustrato de la cultura Chimbotana fue legada de los pueblos pescadores de la costa norte, influenciada por los moches y chimús y posteriormente por el occidente a través de la cultura española. Durante el auge siderúrgico y pesquero, la gran migración produjo la adhesión de diversos patrones culturales tanto de la costa como de la sierra del país, esto motiva que, sean tan populares en la gastronomía el ceviche, el picante de cuy. Lo más trascendente de la cultura en Chimbote lo constituyen sus escritores, entre los cuales podemos destacar a los más valiosos en sus distintos géneros: Novela: Braulio Muñoz y Fernando Cueto; poesía: Denisse Vega Farfán, Ricardo Ayllón y Augusto Rubio Acosta; cuento: Ítalo Morales; crónica: Augusto Rubio Acosta.

El complejo arqueológico de Sechín, ubicado en la carretera Casma-Huaraz a 5 km a NE de Casma al Sur del Distrito de Nuevo Chimbote, se trata de un centro ceremonial compuesto por 5 edificios, una galería subterránea y una plaza con una antigüedad aproximada de 5000 años. Entre otros complejos arqueológicos se tiene a Moxeque y Chanquillo, las Aldas, los Gavilanes y Pañamarca.

Entre sus playas destacan a Tamborero, Corralones, Canaco, Gramita, El Huaro, Tortugas, Caleta Colorada, el Dorado, Alconcillo, Vesique, y Atahualpa.

El idioma que profesan es el Castellano, sin embargo el flujo poblacional que acude como referidos o por flujo natural al hospital Eleazar Guzmán Barrón es pluricultural, muchos de ellos quechua hablantes y con diferentes grados de nivel cultural, motivo que exige que el Interno de medicina en su año de internado además de la formación clínica que le corresponde tiene que adquirir estrategias de comunicación, en tal sentido el futuro médico deberá conocer y mostrar respeto a la cultura de cada paciente, la familia y su comunidad.

#### 1.1.5. EN LO EDUCATIVO

Los resultados de los Censos Nacionales de Población y Vivienda del 2007, revelan que el nivel de educación de la población de 15 y más años de edad ha mejorado respecto al Censo de 1993. Al comparar con los resultados obtenidos con el Censo de 1993, la población con educación superior ha aumentado en 153,3% (118 mil 931 personas). El Censo del 2007, revela que el 33,0% (240 mil 521) de la población de 15 y más años logró estudiar algún año de educación secundaria, mientras que los resultados del Censo de 1993 indican que el 37,4% (176 mil 223) estudiaron secundaria, y se observa un incremento intercensal de 36,5%. La población de 15 y más años de edad con educación primaria, con educación inicial y los que no tienen nivel educativo disminuyeron en el período intercensal 1993 - 2007. Así, según el Censo de 1993, el 43,5% había logrado estudiar algún grado de educación primaria; en el 2007 los que tenían este nivel alcanzaban el 26,1% (190 mil 7 personas), de este modo se registra una disminución en el período intercensal del 7,2%. La población con educación inicial y sin nivel de educación decreció en el período intercensal en 41,2%. De otro lado se observa que los residentes del área urbana logran mejores niveles educativos.

En el Distrito de Nuevo Chimbote se concentra la mayoría de instituciones educativas públicas y privadas de mucho prestigio y trayectoria, entre los que destacan: República Argentina, I.E.P. "Santa María de Cervelló", I.E.P. Jesús Maestro, C.N. 88008 Manual Peralta, I.E. Augusto Salazar Bondy, I.E.P. El Nazareno, I.E. Fe y Alegría N° 14, I.E.P. Jean Piaget, cinco universidades una pública, la Universidad Nacional del Santa - UNS; cuatro privadas, la Universidad San Pedro (USP), la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote (ULADECH); y dos filiales, la Universidad César Vallejo (UCV), y una filial de la Universidad Alas Peruanas (UAP).

El programa de Internado representa un ejemplo de coordinación interinstitucional, toda vez que se realiza en el marco de convenios existentes entre las Universidades con el

Ministerio de Salud, estableciéndose obligaciones particulares de acuerdo al interés común de prestación de salud y docencia.

#### 1.1.6. DE LA SALUD

El departamento de Ancash supera al promedio nacional en relación a la disponibilidad de establecimientos de salud; observándose un incremento en los diferentes periodos (2000, 2004, y 2010), así es en el Distrito de Nuevo Chimbote se encuentra el hospital de mayor complejidad de la Región, hospital público dependiente del Ministerio de Salud, compuesto por más de 600 trabajadores profesionales; por su alta complejidad es considerado como hospital referencial nivel II-2.

Entre otras instituciones de salud en el Distrito de Nuevo Chimbote se encuentran el hospital general de EsSALUD y establecimientos de salud del primer nivel de atención.

La Dirección regional de salud de Ancash, reporta como causa de morbilidad 10 patologías más frecuentes; de estas las Infecciones de vías respiratorias agudas ocupa el primer lugar como causa de consulta con un 28.70%, y una tasa de incidencia de 11,598 x 100,000 Hab. Es importante mencionar que la obesidad y otros tipos de hiperalimentación pasa a ocupar el quinto lugar, mientras que en el 2010 ocupaba la décima causa de morbilidad general con un 2.09%, evidenciando un problema de salud pública los daños no transmisibles (ASIS, 2015).

La maternidad segura es un componente de la salud reproductiva, principalmente porque el embarazo, parto y posparto son causas significativas de discapacidad y muerte de mujeres, que viven en países en vías de desarrollo como el nuestro.

El hospital Eleazar Guzmán Barrón, como institución de salud le compete el almacenamiento de las Historia Clínicas (HC), la misma que se realiza en la Unidad de Estadística y Admisión, con un área destinada para tal fin, donde las HC completas se archivan en carpetas con un número de registro específico para cada paciente, permaneciendo bajo custodia durante años para servir como fuente de consulta para futuras procesos clínicos del mismo paciente o para estudios de investigación tanto en el área clínica como docente asistencial.

#### 1.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICO TENDENCIAL DE LA HISTORIA CLINICA ORIENTADA POR PROBLEMAS

La Historia Clínica tradicional sienta sus bases en el modelo que utilizaba Hipócrates, modelo clásico que ordenaba los datos cronológicamente, así se partía de antecedentes familiares, hábitos, antecedentes patológicos, enfermedad actual, exploración física,

evolución clínica y la Epicrisis. A medida que la ciencia aportaba nuevos estudios diagnósticos la Historia Clínica se fue convirtiendo en documentos lentos y tediosos para su interpretación, y para algunos con poco valor clínico, además de no considerar los problemas psicológicos o sociales de los pacientes; por lo tanto la Historia Clínica clásica muestra muchas carencias, no por falta de datos sino por falta de utilidad, pues muchas veces por ser más completa es menos efectiva, pues la sobrecarga de información puede retrasar o confundir en la búsqueda del dato que se necesita, terminando la mayoría de médicos por no leerlo y escribir en la hoja de evolución, quizás repitiendo un estudio ya solicitado.

Las diferencias fundamentales en la práctica médica es que en la Historia Clínica clásica o tradicional no se registran problemas de salud, por lo tanto su orden cronológico hace difícil seguir la evolución de un problema determinado, la información no se encuentra sistematizada y al no estar previsto es difícil realizar los cuidados preventivos del paciente y el proceso de enseñanza aprendizaje también se hace difícil. Es en sentido, por el año 1907, en el St. Mary's Hospital (EEUU) se implementa una historia para cada paciente y en 1920 se acuerda entre los diferentes hospitales, un conjunto mínimo de datos para la Historia Clínica, estableciéndose que deberá de exponer de manera clara la evolución del paciente y ofrecer información exacta a los auditores o en situaciones legales (St. Mary's Hospital 2012); es así como la Historia Clínica fue evolucionando y adaptándose a cada momento histórico: pues en sus orígenes encontramos que en los Papiros de Mesopotamia y en el Antiguo Egipto se encontraban el registro de datos de fallecimiento, en el Papiro de Edwin Smith, ( 3000 y 1600 A.C.),se observa el nacimiento del quehacer científico en la medicina antigua; fundamentándose en la observación, recolección y clasificación de los hechos así como en la aplicación de un proceso mental inductivo, muy semejante a la HC utilizada en la actualidad, tanto en lo referente a la anamnesis como al plan de tratamiento.

A principios del Siglo XIX Laenec dio comienzo a una serie de cambios en el enfoque del registro de la HC a partir de ese entonces las observaciones del paciente se cambió por las observaciones del médico (Fernando D. Saraví, 2012); y es a comienzos del Siglo XX, según como la tecnología y la especialización avanzaban, los resultados de exámenes complementarios empezaron a poblar las hojas de las Historias Clínica, tales como mediciones de signos vitales, resultados de laboratorio clínico, bacteriología y radiología entre otros; al mismo tiempo, la cantidad de hospitales crecía notablemente y por iniciativa de William Mayo e hijos (Fundadores de la Clínica Mayo de Rochester),

se comenzó a almacenar información de los pacientes en carpetas unitarias para cada uno de ellos, naciendo de esta manera la Historia Clínica centrada en el paciente. Ellos recomendaron la recolección de un conjunto mínimo de datos para la confección de las Historias Clínicas, recomendación luego generalizada desde el Colegio Americano de Cirujanos (Fernando D. Saraví, 2012).

A pesar de las iniciativas para estandarizar los registros médicos, estos seguían siendo una combinación de notas sobre síntomas, resultados de exámenes complementarios, planes terapéuticos y hallazgos; esta falta de orden o estructuración en el registro entorpecía el entendimiento de la realidad de los pacientes que eran tratados por más de una patología concomitante. Al respecto Luna D. y col (2012), resaltan que, Laurence Weed, fue uno de los primeros en reconocer la importancia de una estructura para la Historia Clínica y fue quien propuso la creación de una lista separada de problemas y que las evoluciones médicas fueran registradas en el contexto de un problema específico; de esta manera existiría un enfoque más organizado de la Historia Clínica, lo cual no debería de quedar restringida al cuidado individual de los pacientes sino también abrirse a muchas otras posibilidades tales como a la Epidemiología, Docencia y Educación, y cuidados preventivos; como una de las características del avance de la medicina en el campo de la investigación clínica (Luna D.y col., 2012), información concordante con lo que refiere Cantale C. (2009). Ante esta realidad diferentes organismos sanitarios a nivel Internacional, Nacional y las Universidades en el área de educación médica, han tomado como estrategia la formación de comisiones de Historias Clínicas en los centros dispensadores de salud para su revisión y perfeccionamiento de la Historia Clínica, especialmente sobre aspectos eminentemente de diseño; al respecto Barrios G. (1997), plantea:

“Que la diversidad de formatos de HC no orientada a los problemas de salud, hacen que sean descartadas, por carencia de datos mínimos o por discordancia diagnóstica” (Barrios G., 1997).

Mandirola et al. (2005) en Argentina estudiaron en forma comparativa el modelo de recolección de datos médicos de la Historia Clínica Tradicional Vs el modelo Historia Clínica Orientada por Problemas (HCOP), con la finalidad de evaluar los pro y los contra de ambas metodologías, y como resultado considera que la HCOP permite resolverse los problemas de salud del paciente desde una estructura de datos más ágil denominado base de datos; también es más rápida la visualización de la situación clínica del paciente y la toma de decisiones respecto al manejo de los problemas de salud de

cada paciente (Mandirola et al., 2005) y por el año 2006 Hlaing concluye que los errores en la base de datos de una Historia Clínica Tradicional causan medidas estadísticas inválidas (Hlaing, 2006).

Por su parte Guevara A. (2001), considera que toda indicación médica debe de ser incorporada a la historia del enfermo, de modo que el contenido sea suficientemente detallada para permitir (...) a otro médico consultante a emitir opiniones después de revisar dicha historia, y finalmente que suministre la información requerida para la evaluación de la calidad de la atención médica que deberá efectuar en cada institución la comisión de auditoría médica. (Guevara A., 2001).

Como vemos, la HCOP por sus virtudes ha sido adoptada por un número creciente de establecimientos de salud y Escuelas de Medicina en los EEUU, y en muchos otros países del mundo, así la opinión de la mayoría de quienes lo han aplicado es que la HCOP no solo tiene las virtudes de la simplicidad lógica, sino que en efecto constituye un excelente instrumento para ayudar a mejorar la calidad de la atención médica, a la vez que contribuye a la generación de conocimiento e investigación clínica docente en medicina (Guevara A., 2001).

Por el año 2002, la OMS como ente oficial del sistema de salud a nivel mundial contribuye a definir y oficializar a la Historia Clínica como una recopilación de aspectos sobre la vida y salud del paciente, y considera que la historia debe de contener suficiente información para identificar al paciente, sustentar el diagnóstico, justificar el tratamiento y documentación correcta del resultado de éste; y recomienda que debiera estar conformado por cinco planos relacionados con su utilidad: Asistencial, docente, investigación, administrativo y legal (WHO, 2002).

En el Perú, el MINSA a través de la NT N° 022-MINSA/DGSP-V02, establece que la Historia Clínica, es un documento de alto valor médico, gerencial, legal y académico, exige su correcta administración y gestión para contribuir de manera directa a mejorar la calidad de atención de los pacientes, a optimizar la gestión de los establecimientos de salud, proteger los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, además de proporcionar información con fines de investigación y docencia, por tal motivo se estandariza su contenido para garantizar un apropiado registro de la atención de salud, tomando en cuenta el nivel de atención y el tipo de prestación.

Análida en el 2011 resalta, que a nivel mundial lo usual de la enseñanza en el Internado médico, ha sido el modelo tradicional positivista de docencia en servicio, y que en los



últimos años, se ha iniciado un viraje hacia un modelo constructivista, basado en la HCOP, y en la evaluación del estudiante se está dejando de lado la evaluación por resultados para pasar a la evaluación por competencias; siendo esta realidad que permitió que en Canadá, se reconozca la necesidad de modificar la enseñanza tradicional de la medicina por el método del aprendizaje basada en la HCOP de corte constructivista, a fin de alcanzar un mejor aprendizaje del estudiante para la práctica profesional; modelo que fue adoptado por las facultades de medicina de Holanda, Australia, Ginebra y Suiza, debido a que este modelo promueve el análisis reflexivo del estudiante para dar solución a cada problema de salud identificado, facilitando el desarrollo del juicio clínico (Análida E. P., 2011).

Igualmente en América Latina (Colombia, México, Chile) se describe que el método de la HCOP, persigue alcanzar las competencias clínicas para llegar al diagnóstico definitivo. (Tapia, R., Nuñez, R., Syr, R. y col., 2007) afirmación que también comparte Moreno (Moreno Rodríguez MA. 2000), y sobre este elemento se exige que al finalizar el año de internado el estudiante habrá logrado las competencias de manera casi exacta del desarrollo de la Historia Clínica, garantizando el diagnóstico de las enfermedades.

Hacer un buen examen físico, es otra competencia que debe fortalecer el Interno de medicina, toda vez que este proceso complementa al interrogatorio, ya que los signos físicos son marcas objetivas y verificables de la enfermedad y representan hechos sólidos e indiscutibles en toda Historia Clínica; siendo significativo cuando confirman un cambio funcional o estructural ya sugerido por la anamnesis (Harrison 2014).

La asociación de los síntomas y signos, permite identificar los problemas de salud, siendo esta otra competencia que debe de ser alcanzado, pues de ello depende el planteamiento de la hipótesis (Kassirer JP, Kopelman RL, 1991), es en estos procesos donde la HCOP cobra relevancia (Gazitúa R., 2007).

El formato del sistema utilizado varía de un lugar a otro, pero los componentes del método son similares, así la estructura de la Historia Clínica Orientada por Problemas (HCOP) motivo del presente estudio, tiene los siguientes indicadores que son las competencias que el Interno deberá de alcanzar en el año de su formación:

- a) Anamnesis: Entrevista y habilidad comunicativa, filiación, motivo de la consulta, enfermedad actual y antecedentes
- b) Examen clínico:
- c) Datos básicos y problemas de salud
- d) Hipótesis diagnósticas

- e) Plan de comprobación diagnóstica
- f) Juicio clínico
- g) Diagnóstico definitivo: demostración de la Hipótesis diagnóstica

### 1.3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN: Investigación cuasiexperimental.

#### 1.3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

1.3.2.1. POBLACIÓN: Constituido por 28 Internos de medicina asignados al Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote, año 2016.

1.3.2.2. MUESTRA: 14 Internos de medicina, que rotaron por el servicio asistencial de Medicina del Hospital EGB-Nuevo Chimbote.

### 1.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 1.4.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se utilizó la técnica de la observación directa en las estaciones del desempeño y técnicas de análisis de casos clínicos y análisis e interpretación de imágenes y EKG.

#### 1.4.2. INSTRUMENTOS.

- A. Se diseñó un TEST para medir el nivel de conocimientos respecto a la utilidad de la Historia Clínica Orientado por Problemas (HCOP) y su importancia en el logro del diagnóstico definitivo. Estará constituido por dos partes: Parte I: Contiene datos generales relacionados al Interno de Medicina. Parte II: Contiene 05 preguntas con respuestas múltiples y cuya valoración es bajo el sistema vigesimal el mismo que va de 0 a 20 puntos (ANEXO I).
- B. Se definió las competencias que debía lograr el Interno al término de su rotación en el servicio de medicina, los mismos que se comportan bajo la forma de Indicadores.
- C. Se toma como modelo de evaluación a la ECOE (Evaluación Clínica Objetivo Estructurado), modelo validado a nivel Internacional y Nacional, ya que permite evaluar con gran exactitud el nivel de logro de competencias clínicas en la formación del estudiante de Medicina.

Al respecto:

1. Se definió el número de estaciones en función de los indicadores y se determinó la ponderación para la puntuación de cada estación, en base a una reunión de consenso con médicos Internistas del servicio, teniendo en cuenta el grado de dificultad de cada una de las estaciones.
2. La lista de cotejo fueron elaboradas específicamente para cada estación, en cada ítem se representó una actividad o maniobra que debían ser realizados, considerando ítems actitudinales, cognitivos y procedimentales según las áreas de dominio de cada estación.
3. Se elaboró una pregunta abierta para recoger sugerencias u opiniones respecto a la HCOP y su utilidad en el proceso enseñanza aprendizaje en el internado.

D. DISEÑO DE LAS ESTACIONES: Para elaborar el formato (Figura 1), se realizó una adaptación del ECOE (Evaluación Clínica Objetivo Estructurado) convencional considerando 10 estaciones de 7 minutos de duración cada una, que comprendieron estaciones con pacientes reales.

Los contenidos de las estaciones representaron los Indicadores que determinarían las competencias a alcanzar, y como futuro profesional tendrá que enfrentar en su práctica clínica diaria.

En las estaciones se evaluaron las siguientes: Mediante la entrevista la habilidad comunicativa y la cordialidad (Est. I), Anamnesis: Filiación y motivo de la consulta (Est. II), Enfermedad actual (Est. III), Antecedentes (Est. IV), Examen clínico (Est. V), Datos básicos y Problemas de salud (Est. VI), Hipótesis diagnóstica (Est. VII), Plan de Comprobación diagnóstica (sensibilidad y especificidad) (Est. VIII), Juicio Clínico (Est. IX) y Diagnóstico definitivo (Est X).

Mediante auditoria de la calidad de registro de la HC, se evaluó el cumplimiento de los estándares de calidad MINSA.

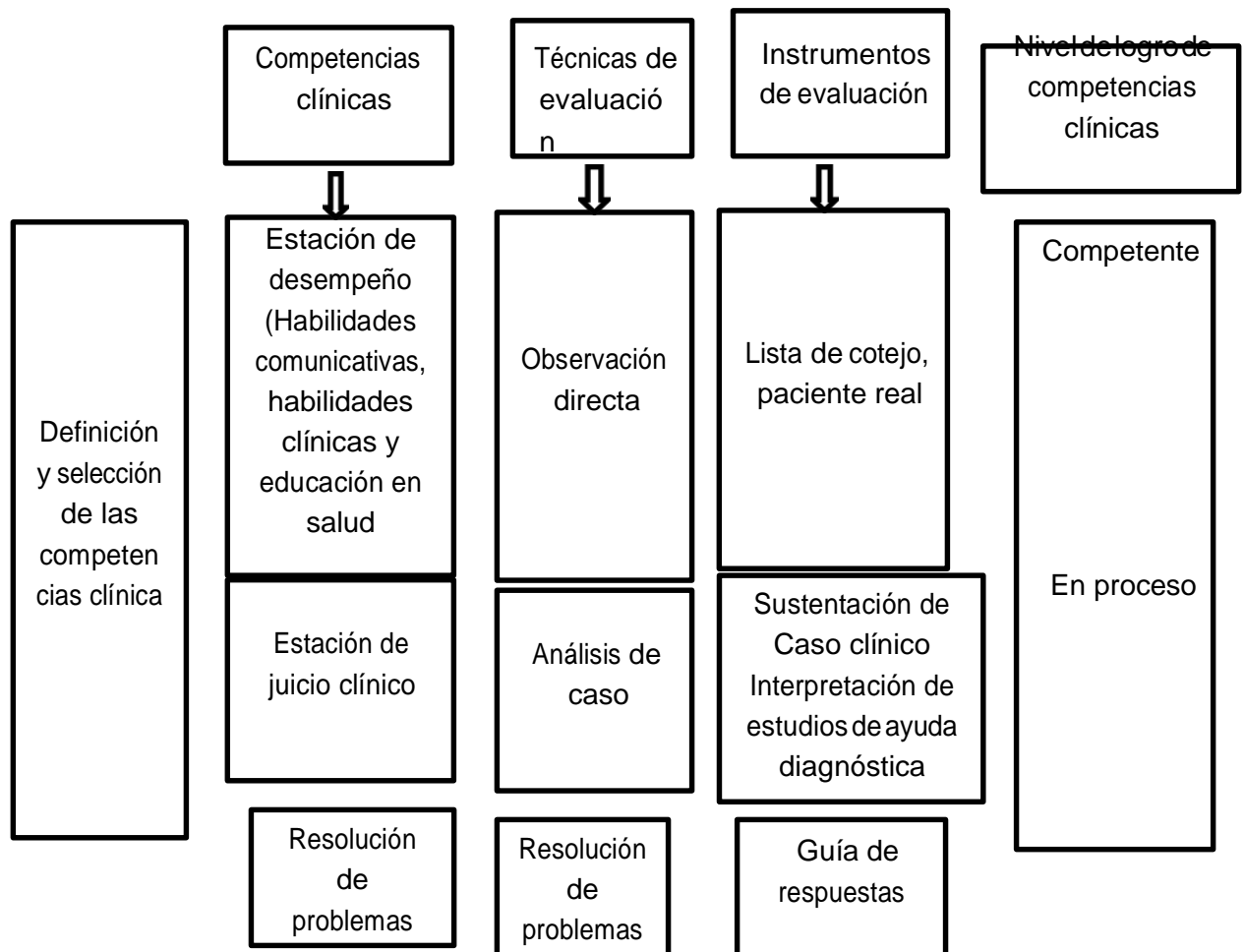
#### E. ADMINISTRACIÓN DE LA ECOE

La ECOE fue aplicada al inicio y al finalizar la rotación de Medicina Interna, en cada grupo de internos. El instructivo fue leído por los internos al inicio de cada rotación, siendo nuevamente leído 15 minutos antes del inicio del segundo ECOE. Las estaciones estuvieron ubicadas en el mismo ambiente del paciente hospitalizado, en ellas los internos tuvieron que ingresar para desarrollar las diferentes etapas del examen, luego de

finalizar se desplazaron al auditorio de medicina para realizar la sustentación del caso y demostrar el juicio clínico para llegar al diagnóstico definitivo.

Al finalizar el examen a cada interno se le dio tiempo adicional para contestar una pregunta abierta con carácter anónimo donde debía consignar su opinión sobre la utilidad de la HCOP en su experiencia como Interno de Medicina.

FIGURA 1. Estructura de la ECOE



#### F. PUNTAJE Y PONDERACIÓN DE LAS ESTACIONES

Cada estación tuvo diferente ponderación según su importancia y el grado de dificultad (Figura 2).

La calificación final de la ECOE fue el promedio de la puntuación obtenida en la 10 estaciones y se realizó en escala vigesimal de 0 a 20 puntos.

El nivel de logro de competencias por estación y en el examen total, se clasificó de acuerdo a la siguiente escala:

Competente: 16 - 20                      En proceso: 12 – 15

(Figura 2). Ponderación del ECOE

ESTACIONES	COMPETENCIAS	CONTENIDO	AREA DE DOMINIO	PONDERACION
I	ENTREVISTA Y HABILIDAD COMUNICATIVA	Se presenta ante el enfermo o ante la familia, Le saluda cordialmente y le estrecha la mano, Le mira a los ojos	Actitudinal	(4 puntos) 4%
II	FILIACIÓN Y MOTIVO DE LA CONSULTA	Fecha y hora, Filiación completa, Motivo por lo que busca atención, TE, FC, C.	Actitudinal	(5 puntos) 5%
III	ENFERMEDAD ACTUAL	Tipo de molestia, Características de presentación, Irradiación, Síntomas concomitantes, Desencadenantes, Atenuantes, Otros síntomas	Actitud/Cognitiva.	( 7 puntos) 7%
IV	ANTECEDENTES	<p><b>PERSONALES NO PATOLOGICOS:</b> Tipo de alimentación, grado de dependencia familiar, forma de recreación, Actividades religiosas, relaciones familiares interpersonales, condiciones de la vivienda, inmunizaciones, inicio vida sexual</p> <p><b>PERSONALES PATOLOGICOS:</b> Enfermedades previas, transfusiones, alergia a medicamentos, conducta sexual de riesgo, Hábitos nocivos</p> <p><b>EPIDEMIOLOGICOS:</b> Contactos con enfermedades infectocontagiosas, últimos viajes, características de la alimentación</p> <p><b>OCUPACIONALES:</b> Tipo de trabajo, riesgo ocupacional</p>	Actitudinal/ Cognitiva.	( 16 puntos) 16%
V	EXAMEN CLINICO	PA, FC, FR, To, IMC, Clearance de la Creatinina, Apreciación general: Descripción exacta del estado en que se encuentra el paciente, Explora piel y mucosas, cardiorespiratorio, abdomen, urológico, Genitales, músculo articular, neurológico	Actitudinal/ procedimental.	(10 puntos) 10%
VI	DATOS BASICOS Y PROBLEMAS DE SALUD	Identifica los datos básicos relevantes, Identifica problemas de salud	Cognitivo	(15 puntos) 15%
VII	JUICIO CLÍNICO	Formula hipótesis diagnóstica relacionados con los problemas de salud Formula Plan de comprobación	Cognitivo	(15 puntos) 15%

		diagnóstica con alta sensibilidad y especificidad		
VIII	RAZONAMIENTO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Interpretación correcta de los estudios laboratoriales, de los estudios de imagenología y del trazado EKG	Cognitivo	(10 puntos) 10%
IX	PLAN TERAPEUTICO CORRECTO	Fármaco, dosis, vía de administración y tiempo Plan educacional	Cognitivo	(8 puntos) 8%
X	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Demuestra la hipótesis diagnóstica	Cognitivo	(10 puntos) 10%
TOTAL				100%
MINSa		Calidad del registro de la HC y calidad de la atención	Actitudinal	$\geq 80\%$

#### 1.4. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

Los datos serán recolectados en fichas de levantamiento de información, diseñadas por la autora en base a los objetivos propuestos y serán procesados empleando el programa SPSS V.23 previa elaboración de la base de datos correspondiente en el programa EXCEL.

#### 1.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS:

Estadística Descriptiva:

Los resultados serán presentados en cuadros de doble entrada con número de casos y porcentajes que correspondan a las categorías de las variables.

Para las variables cuantitativas se obtendrá el promedio y su correspondiente varianza.

Para facilitar la interpretación de los resultados se adjuntarán gráficos de barras sobre la situación antes y después de aplicado el programa.

Estadística Inferencial:

Se aplica la prueba t de Students para la prueba de diferencia de promedios de puntajes de conocimientos logrados en el pre y postest. Así mismo, se aplica la prueba t para datos pareados para analizar los avances individuales de los internos de medicina, comparando sus puntajes antes y después. Si  $P < 0,05$  la diferencia será significativa.

Para determinar el incremento de la capacidad del juicio clínico para el diagnóstico definitivo se aplicará la prueba Chi cuadrado para diferencia de proporciones en base a los criterios de evaluación y el diagnóstico definitivo. Si  $P < 0,05$  la diferencia será significativa, esperando que sea favorable a la hipótesis propuesta.

## **CAPITULO II**

### **FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

## 2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. FUNDAMENTO FILOSÓFICO: El pensamiento médico y el ejercicio de la medicina plantean un cúmulo de problemas filosóficos, estos estriban desde la caracterización de la medicina hasta los problemas epistemológicos, lógicos y éticos.

La historia clínica no es el simple relato de hechos, es un acto médico documental, que para ser elaborada idóneamente se requiere experiencia y conocimiento científico, en la medida en la que el médico debe poner en práctica la teoría que puedan conllevar una acción diagnóstica o terapéutica; es por ello que se exige que los galenos conozcan y aplique bien los conceptos básicos, para que en el ejercicio de su profesión eviten incurrir en desaciertos.

Desde la perspectiva del saber, la ética es la parte de la filosofía que estudia la regulación de los actos libres del hombre, siendo equivalente a la palabra moral, en tal sentido busca la perfección del hombre, y como medio para lograrlo son las acciones o forma de conducirse, teniendo como fundamento la razón humana. Por lo tanto como disciplina se ocupa del estudio de los actos médicos desde el punto de vista moral y que los califica como buenos o malos, a condición de que ellos sean voluntarios y conscientes, y orienta la conducta de los médicos hacia el bien, busca lo correcto, lo ideal y la excelencia, donde la docencia e investigación científica son parte constitutiva de la práctica médica, por lo que su orientación y control se fundamenta en los principios éticos, y para cumplirlo, el médico debe capacitarse permanentemente en los avances científicos, tecnológicos y de gestión. La ética se diferencia de la moral en que la primera se trata de principios filosóficos académicos, es una teoría de las actitudes humanas, son principios de reflexión



abstracta sobre la acción; por el contrario la moral es el comportamiento cultural de un grupo humano, corresponde a una actitud práctica observable, con normas cambiantes en espacio, tiempo y reflexión concreta sobre una acción; siendo base de la ética médica el deber del médico hacia su paciente que según el Código de Ética y Deontología del CMP lo establece como Principios a:

- Principio de no Maleficencia: Primero no causar daño al paciente.
- Principio de Justicia: Todas las personas merecen la misma consideración y respeto, nadie debe ser discriminado por su raza, sexo, edad, ideas, creencias o posición social.
- Principio de Autonomía: El paciente tiene derecho a decidir sobre sí mismo, de acuerdo a su proyecto de vida y código de valores.
- Principio de la Beneficencia: Se debe procurar el mayor beneficio posible respetando sus propios valores.
- Relación médico paciente: Es una relación entre personas, cada uno con sus derechos y sus deberes, esta relación debe ser beneficiosa para ambas partes; por un lado el paciente debe nutrirse de las competencias del médico, y por otro el médico obtiene beneficios con la información que le brinda el paciente, situación que exige que el médico vea al paciente como una persona y valore los derechos fundamentales de los mismos, tales como el derecho a la libertad de conciencia y de creencia, el derecho a la integridad física, psíquica y moral, el derecho al libre desarrollo y bienestar de las personas, el derecho a la intimidad personal y familiar, el derecho a la información y al consentimiento informado, el derecho a la no discriminación en razón de sexo, edad, enfermedad o discapacidad, credo, raza, origen étnico, género, nacionalidad, filiación política, orientación sexual o condición socioeconómica, entre otros.
- El secreto profesional: Considera que el médico brinda confianza y garantía en la relación médico-paciente respecto a la reserva y discreción, de no divulgar la información que directa o indirectamente obtenga durante su actividad profesional, sobre la salud y la vida del paciente o la de su familia; sin embargo puede revelarse el secreto profesional con o sin consentimiento del paciente cuando se busca el bien del propio paciente, para beneficio de

la familia, por el bien de una organización, en beneficio de la sociedad por motivos de notificación obligatoria.

De otro lado el paciente tienen derecho a conocer el contenido de su historia clínica, así la ley establece que el registro en sí pertenece al médico (a modo de propiedad intelectual); a la institución donde labora (a modo de custodia), pero la información contenida en la historia clínica pertenece al paciente (Código de Ética y Deontología del CMP, 2007).

2.2.2. FUNDAMENTACION PSICOLOGICA: El sustento psicopedagógico del aprendizaje en Medicina se centra en la teoría cognitivista, humanista, aprendizaje social, y en las orientaciones constructivistas para el aprendizaje. Consideramos que el desarrollo psicológico se divide en etapas, cada una con características afectivas, cognitivas y psicomotoras que ponen límites y posibilidades al aprendizaje, situación que hace que el desarrollo del aprendizaje en adultos se sustente con las teorías de andragogía y aprendizaje autodirigido, quienes establecen que los adultos son capaces de dirigir su aprendizaje, poseen motivación interna, tienen necesidades de aprendizaje relacionadas con los roles sociales que desean asumir, se interesan en la aplicación inmediata del aprendizaje y tienen una riqueza de experiencias que pueden servir de recursos del aprendizaje. Como teoría la andragogía realiza el análisis de un conjunto de hechos y su relación entre ellos, explica cómo se produce el acto andragógico, facilita los principios generales en los que se fundamentan estos hechos, brinda oportunidades de mejorar en los espacios del aprendizaje y demuestra diferencias sustanciales en el modo en que se organizan y operan los programas de estudio, así como en el modo en que se capacitan los profesores de los adultos y en la manera como los alumnos reciben asesoría para operar; situación que hace que el fundamento de la teoría del aprendizaje del adulto se centra en que los alumnos se motivan por aprender cuando experimentan necesidades, la orientación hacia el aprendizaje se centra en la vida, siendo la experiencia el acceso más valioso para su aprendizaje y la necesidad de autodirigirse (Adam, Felix (1977).

No obstante a ello, la Teoría Cognitivista de la Psicología Genética, también es considerada como sustento del proceso de aprendizaje en el campo de la medicina, la misma que es entendida como el estudio de los procesos que los individuos realizan para adquirir y ordenar la información que les permita actuar en su

medio, es decir se alude a los procesos que permiten a un individuo a lograr el conocimiento de las cosas, procesos mentales que suponen formas simples de aprendizaje, pero también procesos mentales superiores, tales como la comprensión de oraciones, la resolución de problemas significativos, la imaginación, el juicio, el pensamiento, la memoria, etc., en tal sentido la psicología genética centra su atención en los procesos psicológicos, su desarrollo y sus diferencias, es decir, atiende a su dimensión genética y diferenciación evolutiva.

**Jean Piaget**, autor de esta teoría, afirma que este proceso de construcción genética tiene su explicación en la existencia de dos momentos del mismo, como son: la asimilación y la acomodación, momentos complementarios que constituyen la adaptación del individuo a su ambiente; entendiéndose por asimilación a la adaptación en el aprendizaje, los estímulos, ideas u objetos externos son siempre asimilados por algún esquema mental preexistente en el individuo. Por el contrario la acomodación involucra una modificación en la organización presente en respuesta a las exigencias del medio, es decir allí donde hay nuevos estímulos hay acomodación. Estos dos mecanismos interactúan bajo un proceso de regulación que se conoce como el proceso de equilibración; por lo tanto el desarrollo cognitivo se desarrolla de dos formas: la primera, la más amplia, corresponde al propio desarrollo cognitivo, como un proceso adaptativo de asimilación y acomodación, el cual incluye maduración biológica, experiencia, transmisión social y equilibrio cognitivo. La segunda forma de desarrollo cognitivo se limita a la adquisición de nuevas respuestas para situaciones específicas o a la adquisición de nuevas estructuras para determinadas operaciones mentales específicas.

En el caso del aula de clases Piaget considera que los factores motivacionales de la situación del desarrollo cognitivo son inherentes al estudiante y no son, por lo tanto, manipulables directamente por el profesor; en tal sentido la motivación del estudiante se deriva de la existencia de un desequilibrio conceptual y de la necesidad del estudiante de restablecer su equilibrio, por lo tanto la enseñanza debe ser planeada para permitir que el estudiante manipule los objetos de su ambiente, transformándolos, encontrándoles sentido, disociándolos, introduciéndoles variaciones en sus diversos aspectos, hasta estar en condiciones de hacer inferencias lógicas y desarrollar nuevos esquemas y nuevas estructuras

mentales. Es así, como asegura que ningún organismo es capaz de ofrecer una respuesta a un estímulo, si no posee un grado de sensibilidad específico para responder, y que este grado de sensibilidad se construye por medio del aprendizaje que en el caso del Internado médico se denomina “nivel de competencia” donde el paciente es el estímulo para el estudiante motivado en buscar y encontrar el diagnóstico de las enfermedades a través de la Historia Clínica, situación que condiciona en el estudiante el desarrollo de nuevos esquemas mentales como respuesta al estímulo llamado paciente. Trasladando estos conceptos de la teoría psicogenética de Piaget, al escenario clínico, se espera que al trabajar con los casos clínicos los estudiantes pasen por un proceso de reelaborar sus esquemas de pensamiento a base de nueva información (Magda Rivero, 2012).

**Vygotsky**, psicólogo aporta la importancia del medio externo, así afirma que las personas son producto de su mundo social y cultural en el cual se han desarrollado. En su teoría incluye los conceptos de variación cultural del aprendizaje, el uso del lenguaje como una herramienta cultural y del aprendizaje y la Zona de Desarrollo Próximo (ZDP), que es la diferencia en la respuesta que el individuo da frente a una situación específica. Esta zona explica la importancia de las otras personas en el proceso de aprendizaje y tiene una relación directa con la enseñanza tutorial, característica del aprendizaje a nivel hospitalario del Interno de medicina (Juan Ignacio Pozo, 1989).

De otro lado, la teoría del aprendizaje cognitivista, involucra un conjunto de corrientes que estudian el comportamiento humano desde la perspectiva de las cogniciones o conocimientos así como otros procesos o dimensiones relacionados (memoria, atención, inteligencia, lenguaje, percepción, entre otros), asumiendo que dicho comportamiento puede ser estudiado en sus fuentes o capacidades y en sus realizaciones (actuación). Al respecto las teorías de **Ausubel y Bruner** sirvieron de base para la psicología instruccional, la cual es una de las corrientes más importantes dentro del campo psicoeducativo actual. En tal sentido el aprendizaje significativo de Ausubel, fue fundamentada dentro del paradigma cognitivo, ya que permite distinguir la diferencia que existe entre el aprendizaje receptivo-repetitivo-memorístico con el aprendizaje significativo-receptivo, enfatizando que este solo sería significativo si el estudiante hacía propia la información y la incorporaba a una estructura conceptual previa. En este sentido el profesor debería propiciar situaciones didácticas que favorezcan o faciliten el

aprendizaje significativo. Es importante resaltar que el pensamiento reflexivo como una estrategia de aprendizaje cognitivista se puede utilizar en una amplia variedad de entornos de enseñanza en el programa de Internado médico, incluyendo los pabellones de hospitalización, salas de conferencias, sesiones clínicas, o entornos simulados con pacientes estandarizados o virtuales.

**David Ausubel** también considera, que el aprendizaje es una relación o interacción triádica entre profesor, aprendiz y materiales educativos, en la que se delimitan las responsabilidades correspondientes a cada uno de los protagonistas del evento educativo, que trasladado al proceso de aprendizaje del Interno de medicina las responsabilidades para cada uno de ellos es clara, así el profesor solo propicia situaciones didácticas que facilitan el aprendizaje significativo, con lo que el alumno lo mantendría vigente y no pasaría al olvido; por lo tanto el aprendizaje significativo es cuando el nuevo conocimiento adquiere significado a la luz de los conceptos previos que el estudiante ya tiene; además el estudiante se siente más activo, siente que se le presta atención, se siente motivado, por lo tanto en la educación médica el objetivo prioritario es que los estudiantes aprendan a aprender, lo cual supone enseñarles a pensar.

En el enfoque constructivista trata de juntar el cómo y el qué de la enseñanza, y la idea central de esta corriente se resume en “Enseñar a pensar y actuar sobre contenidos significativos y contextuados”; por lo que la concepción constructivista se organiza en torno a 3 ideas fundamentales, el alumno es el máximo responsable de su propio proceso de aprendizaje, la actividad mental constructiva del alumno se aplica a contenidos que poseen ya un grado considerable de elaboración. La función del docente es engarzar los procesos de construcción del alumno con el saber colectivo culturalmente organizado, en tal sentido este enfoque constructivista, que está centrado en la teoría historia-cultura, considera como argumento central que la educación guía y conduce al desarrollo humano, proceso que ocurre bajo la orientación del profesor.

Esta teoría postula, la necesidad de entregar al alumno herramientas que le permitan crear sus propios procedimientos para resolver una situación problemática, lo cual implica que sus ideas se modifiquen y siga aprendiendo. Además, propone un paradigma en donde el proceso de enseñanza se percibe y se lleva a cabo como un proceso dinámico, participativo e interactivo del sujeto, de modo que el conocimiento sea una auténtica construcción operada por la persona

que aprende. e utiliza el análisis, el dialogo y la discusión; así las tareas son un medio de enriquecimiento personal siendo la función del docente, orientar y apoyar el enfoque del aprendizaje(Juan Ignacio Pozo, 1989), características del proceso de aprendizaje del Interno de medicina; donde la manipulación de la Historia Clínica le permite una interacción social con el paciente, su familia, con el ámbito hospitalario y las exigencias de los avances científicos, generando en el estudiante un conflicto cognitivo, los mismos que se comportan como elementos de un proceso dinámico de su aprendizaje. En tal sentido en el internado de pregrado se busca que el estudiante domine los recursos metodológicos para que sea el protagonista en la elaboración de su propio conocimiento y toda la labor docente se centre en ser el motor motivador y orientador en busca de ese conocimiento, por lo que la relación de igualdad supone el reconocimiento y respeto de los atributos de cada uno de los actores del proceso. Se ha establecido que el estudiante debe ser cada vez más consciente de sus potencialidades y sus propias responsabilidades para alcanzar autonomía en el aprendizaje (Juan Ignacio Pozo, 1989)

**2.2.3 FUNDAMENTACIÓN SOCIAL:** El modelo que caracteriza a la formación médica se centra en su formación hospitalaria y comunitaria, basado en un enfoque clínico epidemiológico y social, busca generar capacidad para realizar acciones preventivas, curativas y de rehabilitación. Centra su actividad en la salud del individuo, la familia y la comunidad, predomina la intervención socio biológico y psicológico, además de dar información veraz y amplia, busca incrementar la autoestima de la persona, sin alejarse del pensamiento epidemiológico con un enfoque social.

La enseñanza de la medicina tiene incorporado en su diseño curricular los conocimientos científico técnicos que analizan la estructura y funcionamiento del ser humano, abarcando las dimensiones psicológica y social del hombre, es así que al conjunto de ideas sobre la salud se traduce como ideología social, coherente con la interpretación dialéctica del hombre, el mundo y sus relaciones y en este aspecto el proceso salud-enfermedad.

El vínculo de las Ciencias Sociales (Filosofía, Psicología, Antropología, etc) con la medicina garantiza la formación del profesional y la respuesta adecuada de este científico ante los problemas que plantea la sociedad en su conjunto.

2.2.4. FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA: Podemos conceptualizar la epistemología como una rama de la filosofía cuyo objeto de estudio es el conocimiento científico. La epistemología se ocupa de problemas tales como las circunstancias históricas, psicológicas y sociológicas que llevan a su obtención, y los criterios por los cuales se lo justifica o invalida, es decir parte de la filosofía que estudia los principios, fundamentos, extensión y métodos del conocimiento humano.

Partiendo de lo expuesto hasta ahora, comenzamos a elaborar la epistemología del objeto de nuestro estudio: la Historia Clínica.

2.2.5. FUNDAMENTACIÓN TÉCNICO CIENTÍFICA: Se basa en el conjunto de técnicas que faciliten el aprendizaje y se consideran las siguientes etapas:

Etapas 1. Objetivación: Pretende que el estudiante se apropie de las habilidades clínicas, a la vez que se motive y se identifique con el cumplimiento de los objetivos del proceso de aprendizaje y con su desarrollo.

Etapas 2. Familiarización: El estudiante debe de lograr un acercamiento a los conocimientos teóricos y procedimentales, las acciones y operaciones que conforman cada una de estas habilidades.

Etapas 3. Demostración: El estudiante se apropia del modelo de actuación, lo que le permite dominarlos aspectos teóricos, procedimentales y éticos relacionados con cada subsistema de habilidades.

Etapas 4. Ejercitación: El educando realiza los ejercicios de entrenamiento para dominar la habilidad. Inicialmente repite las acciones por indicación y bajo supervisión del profesor y después pasa a la ejercitación independiente de manera individual y en un contexto grupal.

Etapas 5. Ejecución Independiente: El estudiante ejecuta independientemente las habilidades clínicas y las emplea en la solución de tareas docentes relacionadas con los problemas de salud de cada paciente.

Etapas 6. Evaluación: Se pretende que el estudiante sea capaz de autoevaluar la calidad de su actuación y asumir los resultados de la coevaluación, la heteroevaluación y la evaluación externa con relación al desarrollo alcanzado, orientando su perfeccionamiento.

Fundamenta a la carrera de medicina la **Teoría Constructivista**, quien considera que la construcción del conocimiento es aspecto clave del aprendizaje del estudiante; bajo esta teoría el currículo es considerado como una intención

pedagógica abierta y flexible a los condicionamientos de la práctica académica, donde el profesor ayuda a la elaboración de significados, facilitando el cambio conceptual mediante un avance gradual, siendo un orientador y coordinador de la actividad en el aula. La comunicación es multidireccional y la metodología está basada en la investigación y resolución de problemas abiertos donde el estudiante es autor de su propio aprendizaje.

El **constructivismo** en la etapa de Internado en medicina propone un paradigma en donde el proceso enseñanza aprendizaje se percibe y se lleva a cabo como proceso dinámico, participativo e interactivo del sujeto, por lo tanto el aprendizaje basado en la Historia Clínica Orientada por Problemas, permite la adquisición de las competencias procedimentales o metodológicas y las axiológicas o humanistas (Salazar J. y Cols. 1958).

Es importante considerar que la observación como parte de la investigación científica y que se realiza en cada uno de los enfermos, la afección así sea la misma en ellos, ésta tiene una expresión clínica diferente, se describe entonces lo que se denomina formas clínicas de la enfermedad. Al final, el diagnóstico será casi siempre el de entidades nosológicas conocidas, pero para llegar a ello se requiere dedicación, capacidad de observación, juicio clínico certero, capacidad para analizar situaciones nuevas, creatividad, audacia en las conjeturas, prudencia y rigor científico para establecer conclusiones, considerando que cada paciente es una situación nueva, que debe de ser investigado y el método de la ciencia es el que debe utilizarse; por lo tanto el método clínico no es más que el método científico aplicado al trabajo con los pacientes.

La hipótesis o conjetura en el método clínico, es el o los diagnósticos presuntivos, es imprescindible que este diagnóstico o diagnósticos sean bien definidos, los mismos que se basan en la información recogida y tienen fundamento.

Sometemos a contrastación el diagnóstico presuntivo mediante la programación de diversas pruebas y la información que proviene de la evolución clínica del paciente es siempre relevante y puede incluso confirmar o negar un diagnóstico presuntivo.



**MODELO TEÓRICO: HISTORIA CLINICA ORIENTADA POR PROBLEMAS  
(HCOP) FORMULADA POR LAURENCE WEED**

<b>ETAPAS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
<b>I. BASE DE DATOS</b>	Constituida por los datos obtenidos del interrogatorio, los hallazgos del examen físico y los resultados de los estudios complementarios. Forman parte de esta base los antecedentes personales y familiares, la exploración física y los exámenes complementarios previos
<b>II. LISTA DE PROBLEMAS</b>	Son los procesos orgánicos, mentales, personales o sociales que afecta la salud del paciente y que implica una evaluación diagnóstica o una decisión terapéutica por parte del médico o de los demás componentes del equipo de salud. Se elabora a partir de la base de datos y de las notas de evolución. Los problemas se deben enumerar por orden de importancia para su manejo, lo que permite identificarlos en la historia sin necesidad de leer cada evolución.
<b>III. PLAN INICIAL DE ACCIÓN</b>	Cada problema debe generar un plan de acción de las conductas que se tomaran. Existen cuatro tipos de planes: 3.1. Plan diagnóstico 3.2. Plan terapéutico 3.3. Plan de seguimiento 3.4. Plan de educación
<b>IV. NOTAS DE EVOLUCIÓN PARA CADA PROBLEMA</b>	La estructura de las notas de evolución de la HCOP consta de cuatro partes, conocidas generalmente como S.O.A.P. Donde la: S: Corresponde al aspecto subjetivo, referente a la información que brinda el paciente. O: Es la parte objetiva que identifica el facultativo respecto al problema a evaluar. A: Corresponde al análisis del facultativo en función de las evidencias P: Corresponde al nuevo plan que se establece en función al problema.
<b>V. HOJAS DE FLUJO</b>	Hojas de Flujo: donde se registraban los resultados de exámenes complementarios y la medicación prescrita. En función a ello se considera a las siguientes ventajas de la HCOP, como son: B. Toma en cuenta los problemas biológicos, psicológicos y sociales.

	<p>C. Exige una comprensión cabal de la situación del paciente para poder identificar sus problemas.</p> <p>D. Mejora la lógica del razonamiento clínico.</p> <p>E. Facilita la recolección de datos para los trabajos de investigación.</p> <p>F. Permite evaluar la atención médica.</p> <p>G. Impulsa al estudiante y al médico a obtener datos del paciente con minuciosidad, veracidad y precisión, a desarrollar su capacidad de análisis y síntesis generando conocimiento, para llevar a cabo planes de acción con eficiencia.</p> <p>H. Hace factible el trabajo interdisciplinario, investigador y de auditoria de la calidad del desempeño asistencial.</p>
--	--

## 2.3. BASE CONCEPTUAL

### A. COMPETENCIA

La competencia está vinculada a la capacidad, habilidad, destreza o la pericia para realizar algo específico. Expresa el desarrollo del pensamiento íntimamente relacionada con la formación y la forma en la que se va modificando las estructuras mentales a fin de captar una visión más clara de la realidad; el estudiante sabe cómo hacer una determinada cosa de acuerdo a los aprendizajes adquiridos, es decir que el estudiante no solo aprende conceptos sino que además asimila la forma en la que puede aplicarlos.

### B. COMPETENCIA CLINICA

Se trata de armonizar los conocimientos con las habilidades clínicas y con las actitudes para llegar a ser habilitado y reconocido como un buen profesional, demostrando que su forma de resolver los problemas de salud de los pacientes es la mejor.

### C. COMPETENCIA DIAGNOSTICA DE LAS ENFERMEDADES

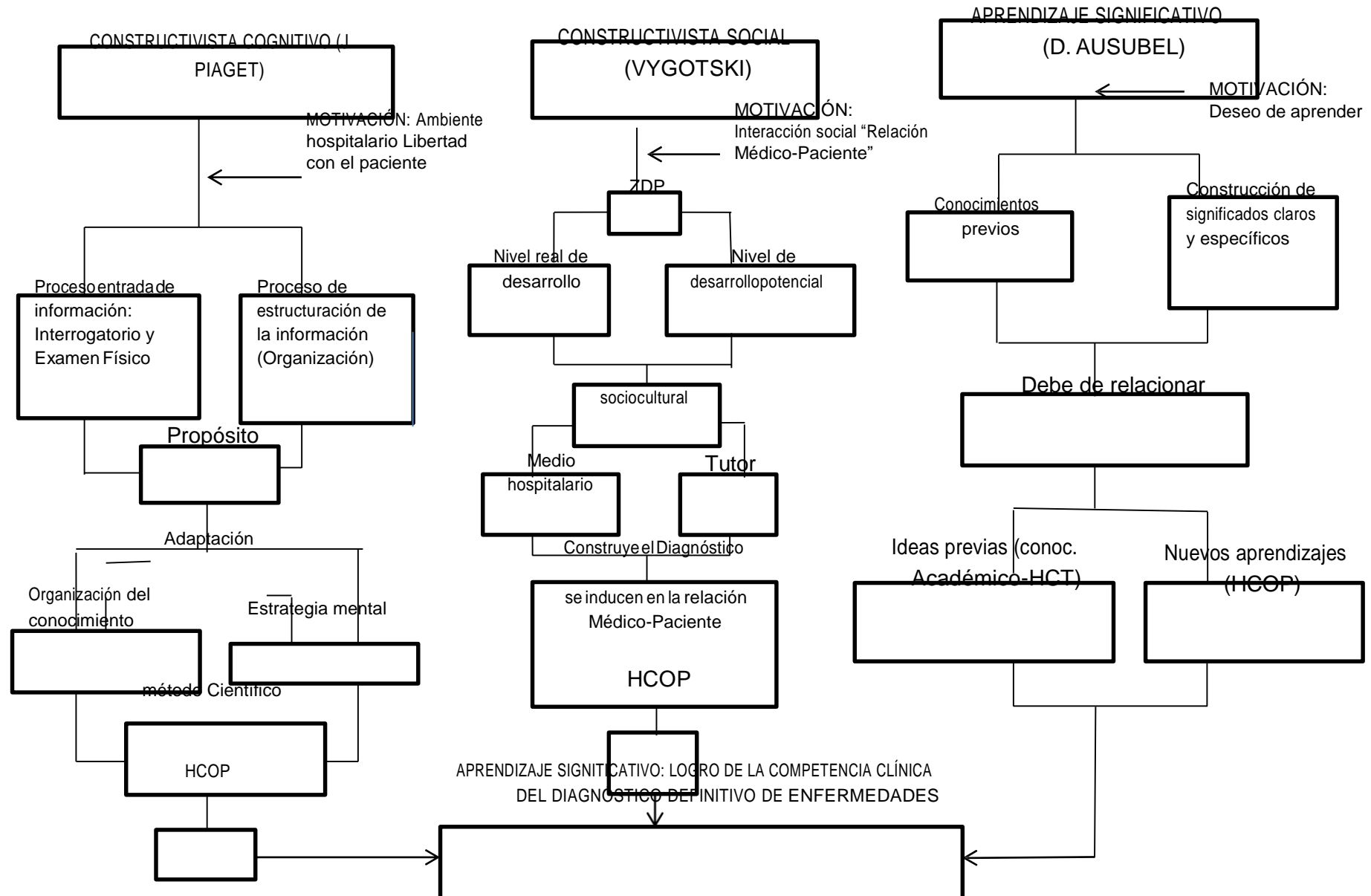
Está determinada por las capacidades de:

- ✓ Redactar la historia clínica en función de una anamnesis completa, enfatizando los aspectos psicosociales y ambientales que inciden en la salud de las personas
- ✓ Realizar el examen físico completo incluyendo la evaluación del examen mental.
- ✓ Realizar el diagnóstico y formular hipótesis diagnósticas teniendo en cuenta los datos de la anamnesis, los hallazgos del examen físico y las enfermedades prevalentes.

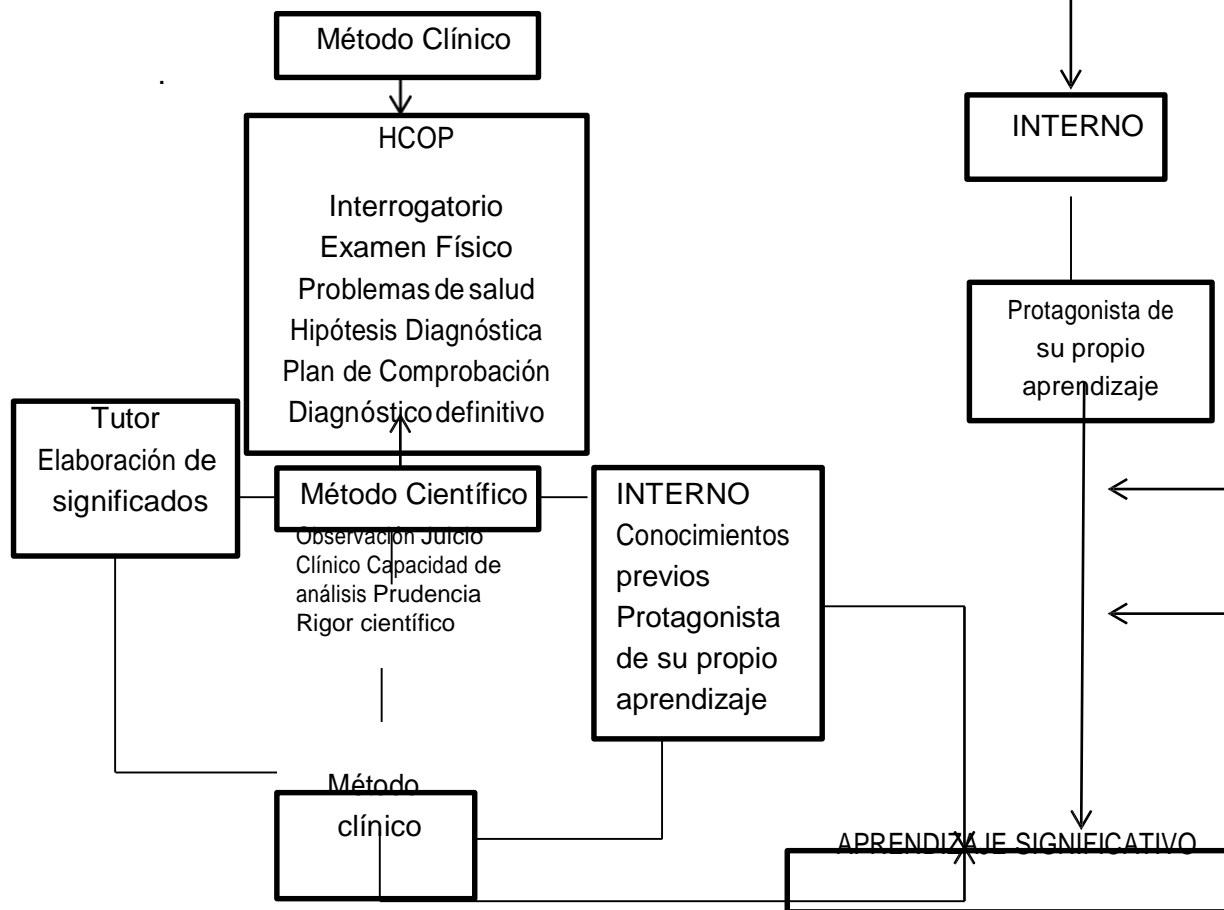
- ✓ Plantear diagnósticos diferenciales, seleccionar, indicar e interpretar las pruebas diagnósticas, para indicar y realizar los tratamientos médicos correspondientes
- D. SALUD: La OMS lo define “Como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad” (OMS, 1948)
- E. ENFERMEDAD: Según la OMS es la “Alteración o desviación del estado físico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por signos y síntomas característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (OMS, 2014)
- F. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: Es la hipótesis diagnóstica, basada en especulaciones del examinador, según lo que ha encontrado en la anamnesis y el examen físico.
- G. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Es el confirmado a través de la interpretación y análisis de estudios complementarios (Pruebas de laboratorio, técnicas de imagen, endoscopías, biopsia).
- H. PLAN DE COMPROBACIÓN DIAGNÓSTICA: Según la OMS, es el conjunto de recursos analíticos, imagenológicos y anatomopatológicos, que permiten demostrar una hipótesis diagnóstica.

# ESQUEMA DE LAS BASES TEÓRICAS

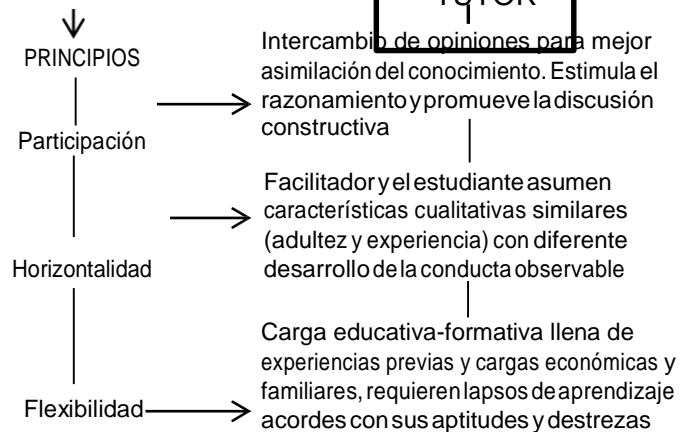
## TEORÍAS DEL APRENDIZAJE EN EL INTERNADO MÉDICO



## TEORÍA CONSTRUCTIVISTA



## TEORÍA ANDRAGÓGICA



# **CAPÍTULO III**

## **RESULTADOS, DISCUSION, PROPUESTA**

### 3.1. RESULTADOS

**TABLA N° 01**

**INTERNOS DE MEDICINA SEGÚN CALIFICACIONES: NIVEL DE CONOCIMIENTOS  
EN LAS FASES PRE Y POST APLICACIÓN DE HCOP.  
HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN, CHIMBOTE, 2016**

CALIFICACIÓN	FASE DEL PROCESO			
	PRE TEST		POST TEST	
	Nº	%	Nº	%
4	2	14.3		
5	0	0.0		
6	0	0.0		
7	0	0.0		
8	1	7.1		
9	1	7.1		
10	0	0.0		
11	0	0.0		
12	6	42.9	1	7.1
13	1	7.1	0	0.0
14	0	0.0	1	7.1
15	0	0.0	0	0.0
16	1	7.1	4	28.6
17	0	0.0	0	0.0
18	0	0.0	5	35.7
19	0	0.0	0	0.0
20	2	14.3	3	21.4
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100.0</b>
Promedios		11.9		17.1
Desviación Estándar		4.8		2.3

**TABLA Nº 02**  
**INTERNOS DE MEDICINA SEGÚN CALIFICACIONES EN**  
**LAS FASES PRE Y POST APLICACIÓN DE HCOP.**  
**HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN, CHIMBOTE, 2016**

DIFERENCIA (post - pre)	Nº	%
0	2	14.3
1	0	0.0
2	2	14.3
3	0	0.0
4	1	7.1
5	1	7.1
6	3	21.4
7	1	7.1
8	3	21.4
9	0	0.0
10	0	0.0
11	0	0.0
12	1	7.1
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>
Promedio de diferencias		5.3
Desviación Estándar de diferencias		3.4
Prueba de hipótesis acerca de		
la media de las diferencias	t= 5.286	P<0.01



**TABLA N° 3**  
**EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS EN INTERNOS DE MEDICINA A TRAVÉS-HCOP**  
**HOSPITAL GUZMÁN BARRÓN, CHIMBOTE, 2016**

COMPETENCIA DIAGNÓSTICA A TRAVÉS DE HISTORIA CLÍNICA ORIENTADA	Medidas descriptivas en la muestra	FASE DE OBSERVACIÓN		MEJORA DE LA COMPETENCIA (POST-PRE)	PRUEBA ACERCA DE LA MEDIA DE LAS COMPETENCIAS	
		PRE TEST	POST TEST		T	p
Entrevista y habilidad comunicativa	Promedio	1.39	2.57	1.18	4.660	P<0.01
	Des. Estándar	0.75	1.09	0.97		
Filiación y Motivo de la consulta	Promedio	2.50	3.00	0.50	3.606	P<0.01
	Des. Estándar	0.52	0.00	0.52		
Enfermedad actual	Promedio	4.64	6.86	2.21	7.386	P<0.01
	Des. Estándar	1.15	1.10	1.12		
Antecedentes	Promedio	4.43	5.71	1.29	2.482	P<0.05
	Des. Estándar	1.83	0.61	1.94		
Examen físico	Promedio	10.50	15.00	4.50	5.967	P<0.01
	Des. Estándar	1.91	1.88	2.82		
Datos básicos y problemas de salud	Promedio	10.79	15.93	5.14	7.675	P<0.01
	Des. Estándar	2.39	0.92	2.51		
Hipótesis diagnósticas	Promedio	2.86	5.43	2.57	4.660	P<0.01
	Des. Estándar	0.66	1.60	2.06		
Plan de comprobación diagnóstica	Promedio	4.64	8.86	4.21	11.074	P<0.01
	Des. Estándar	1.08	1.1	1.42		
Análisis de la información	Promedio	4.36	10.14	5.78	9.176	P<0.01
	Des. Estándar	1.55	2.03	2.36		
Diagnóstico definitivo	Promedio	0.00	9.00	9.00	24.784	P<0.01
	Des. Estándar	0.00	1.36	1.36		

### 3.2. DISCUSIÓN

La evaluación educativa en el contexto de las ciencias de la salud, específicamente en el campo de la Medicina, se centra en la necesidad de desarrollar instrumentos de enseñanza aprendizaje y de evaluación del logro de las competencias clínicas, congruentes con los planes y programas de estudio de la carrera; siendo el Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO) y la Historia Clínica Orientada por Problemas (HCOP), dos herramientas útiles con mayor grado de objetividad en la formación y evaluación del nivel del logro de la competencia clínica del diagnóstico de las enfermedades.

Al respecto Flores Hernández y col. consideran que en la actualidad existe una tendencia tanto de la planeación didáctica como en los sistemas de salud a aplicar un enfoque en la educación médica basado en competencias, es así que el plan de estudio está articulado por competencias, las que se conceptualizan como el conjunto de conocimientos, habilidades, aptitudes, actitudes y valores que interrelacionados entre sí y junto con una adecuada Historia Clínica permiten un desempeño profesional eficiente de acuerdo con el estado del arte (Flores Hernández F. y col, (2012).

Cuando buscamos estudios de investigación respecto a la Historia Clínica Orientada por Problemas y su utilidad para el Interno de medicina en el logro de la competencia clínica cual es el diagnóstico de las enfermedades, no encontramos estudios específicos realizados sobre el tema, no obstante a ello la literatura da cuenta de que la educación médica basada en la HCOP permite el logro de competencias con dos ventajas principales: 1) Que el aprendizaje a través de este instrumento se centra en el alumno y sus necesidades, no en el profesor y 2) El hacer de las competencias el foco central del proceso de aprendizaje obliga al tutor a diseñar las estrategias de aprendizaje y las evaluaciones en función de este objetivo: así se precisa que la forma de adquirir una competencia abarca: 1) saber, 2) ver, 3) practicar, 4) probar, 5) hacer y 6) mantener; es decir 1) conocer la teoría en torno a la evaluación del paciente, 2) ver a un profesional competente evaluar a un paciente, 3) practicar la evaluación con juego de roles (paciente simulado), 4) demostrar la competencia bajo supervisión, 5) evaluar al paciente real, 6) continuar realizando evaluaciones similares. Este proceso implica que las competencias tienen niveles y el nivel que debe de adquirir el alumno a lo largo de su capacitación debe ser claramente especificado, debiendo definirse cómo se

evaluarán las competencias a punto de partida de observaciones directas. Silvana Sarabia. (2015).

En nuestro estudio la **FIGURA 2**, nos muestra la ponderación de la Evaluación Clínica Objetivo Estructurado, donde se registra las competencias clínicas que deberá de alcanzar el interno al finalizar su rotación en el servicio de medicina, así mismo contiene el método de evaluación con la ponderación respectiva para cada competencia clínica que le permitirá el diagnóstico definitivo de las enfermedades, cumpliendo de esta manera el diseño de un proyecto educativo integral basado en competencias, haciendo de la HCOP y de la ECOE los motores del aprendizaje del estudiante; situación que hace que el desempeño del alumno se evalúe en situación real teniendo como método la observación, la autoevaluación, la supervisión y la actividad asistencial que promoverán la evaluación formativa del estudiante. Por lo tanto la evaluación de las competencias en el presente estudio, es una acción planificada en un momento concreto, dándose inicio el primer día de la formación con el diagnóstico de partida del estudiante, lo que puede observarse en la **TABLA 1**, donde encontramos las calificaciones respecto al nivel de conocimientos en las fases pre y post test, encontrando que en la fase pre test el nivel de conocimientos del Interno respecto a la importancia de la HCOP para el diagnóstico de las enfermedades mostró un rendimiento muy disperso oscilando entre el calificativo 4 y 20, centrado en 11.9; resultado que nos permitió planificar el proceso formativo del estudiante y su desarrollo en función de estos resultados. Al finalizar su rotación, en la evaluación post test la distribución es más homogénea pues ahora oscila entre 12 y 20 centrada en 17.1, con lo que se evidencia la reducción de la dispersión en que la medida de la desviación estándar fue de 4.8 en la fase pre test y de sólo 2.3 en la fase post test; situación que demuestra una mejora significativa en el nivel de conocimientos en la mayoría de internos al término de su rotación, como resultado de la aplicación de este modelo de HCOP (1er fase de la Pirámide de Miller: Pruebas escritas alcanzan a evaluar conocimientos); la misma que se ve respaldado por la **TABLA 2**, donde nos muestra las diferencias de los puntajes pre y post test de cada estudiante de la muestra en estudio, así puede observarse que 2 alumnos no incrementaron al finalizar su rotación punto alguno (14.3%), dos alumnos incrementaron dos puntos, siguen otras diferencias hasta un incremento de un valor de 12e un estudiante. Igualmente se lee

que el promedio de las diferencias es de 5.286 puntos con 3.4 como desviación estándar de las diferencias. También se puede observar los resultados de la prueba estadística acerca de la media en datos correlacionados “antes-después”. El valor de la prueba de 5.286 permite rechazar la hipótesis que plantea que la media de las diferencias fuera cero ( $P < 0.01$ ). Resultado que pone en evidencia el nivel de mejora por alumno respecto del pre y post test cuyo nivel de mejora de conocimientos es altamente significativo con un  $p < 0.01$ ; datos que respaldados por Martínez y Col quienes consideran que la evaluación diagnóstica al inicio de la rotación del internado es con motivo de determinar el nivel de conocimientos, habilidades o actitudes del educando siendo de gran utilidad para el docente ya que le permite hacer adecuaciones en el contenido y en la implementación de las actividades académicas programadas, también valora el comportamiento de un plan de estudios, comparar los resultados obtenidos y las competencias alcanzadas con los objetivos curriculares establecidos, características encontradas en el presente estudio (Martínez Gonzales A., et al 2017).

En la **TABLA 3**, podemos observar el desempeño del estudiante en el proceso de evaluación ECOE (Con pacientes reales) pre y post respecto al logro de las competencias clínicas tanto al ingreso como al final de la rotación, así podemos observar que hubo una mejora significativa en todas las competencias siendo mayor en el Juicio Clínico e Hipótesis diagnósticas, así como en el uso adecuado de la información para llegar al diagnóstico definitivo. Es así como en todos los casos se rechaza la hipótesis nula que supone que la media de las diferencias sea cero; en consecuencia, los internos de la muestra de estudio lograron un aprendizaje significativo en todas y cada una de las competencias Clínicas con un nivel de significancia  $p < 0.01$ ; quedando demostrada la Hipótesis de que en el proceso de enseñanza-aprendizaje basado en el programa Historia Clínica Orientado por Problemas (HCOP), contribuye a desarrollar en el Interno de Medicina sus habilidades clínicas para diagnosticar las enfermedades; resultado evidenciado en la evaluación objetiva del evaluador toda vez que es él quien observa cómo actúa el estudiante ante un paciente, como hace uso de los recursos en una situación real (4to nivel de la pirámide de Miller), para resolver los problemas de salud del paciente, integrando el saber (conocimientos), el saber hacer (Habilidades y destrezas), el saber estar

(actitudes y comportamientos) y el saber ser (ética y valores) en tal sentido la HCOP es una herramienta muy bien estudiada, con alto valor formativo y buenas características psicométricas, así los estudios realizados en el Reino Unido Joint Committee on Higher Medical Training (JCHMT) indican que tanto la HCOP como la evaluación a través de la ECOE aportan validez y fiabilidad respecto al logro de competencias; toda vez que las habilidades en la entrevista clínica y el examen físico, la comunicación, juicio clínico, cuidados y educación al paciente, organización y eficiencia y la competencia clínica global pueden evidenciarse mediante el resultado de la acción. (Moran Barrios Jesús. 2016). Igual opinión aporta el Tuning Latin American Project (2011), quien considera que el instrumento educativo HCOP con enfoque por competencias requiere del trabajo en equipo y colaborativo de profesores, la selección y uso de los escenarios donde se forma el estudiante y el desarrollo de sistemas integrales de evaluación; por lo tanto en la consecución de las competencias, es el profesor quien actúa como facilitador, supervisa y en base a una evaluación diagnóstica inicial se continuará con la evaluación formativa gracias a la identificación de fortalezas y debilidades en el alumno y la implementación de medidas de mejora trabajando para alcanzar las competencias, características tomadas en cuenta en el presente estudio. De igual importancia es el rol proactivo del estudiante que establece expectativas adecuadas para su aprendizaje, desarrollándolo de manera independiente o autodirigido y autoevaluarse de manera continua; es así que las competencias logran coherencia y congruencia, en la medida en que el profesor-tutor y el estudiante las comprenden y lo utilizan para lograr el aprendizaje significativo. (Duarte Montiel et al, 2011). Además agrega que la evaluación de competencias clínicas del estudiante en ciencias de la salud, no es solo la evaluación de datos y de conocimientos, ni tampoco la apreciación subjetiva de un profesor, sino que comprende los diferentes tipos de competencias clínicas genéricas y específicas mediante pruebas de desempeño real con observación directa, esta es la evaluación auténtica, que facilita conocer el grado de desarrollo de competencias profesionales de cada estudiante y por tanto busca opciones para mejorar el desempeño mostrado. En tal sentido los resultados globales del presente estudio dan evidencia de que los estudiantes logran de manera suficiente las competencias establecidas en la HCOP al finalizar su rotación por medicina y de que poseen motivación para aprender una nueva información más compleja e

integrarla para lograr aprendizajes significativos y continuar su formación en el Internado médico de Pregrado.

## **CONCLUSIONES**

Del estudio se concluye que:

1. Que mediante la aplicación del pre y post-test la mayoría de estudiantes demostraron tener un nivel de conocimiento previo escaso respecto a la HCOP y un nivel de competencias que no superó el estándar.
2. La HCOP promovió el desarrollo de competencias clínicas en el interno de medicina evidenciado con la evaluación ECOE ante pacientes reales, demostrando su alta eficacia como instrumento formativo para el logro de las competencias clínicas y de diagnóstico de las enfermedades.
3. Las competencias clínicas alcanzadas identificó un aprendizaje significativo en función del logro de los resultados esperados, demostrando que la HCOP es un instrumento útil para el proceso de enseñanza-aprendizaje en el programa de internado médico.

## **RECOMENDACIONES**

1. Oficializar el uso de la HCOP en todas las rotaciones de las diferentes especialidades médicas del programa de Internado en Medicina, a fin de lograr un proceso de enseñanza aprendizaje uniforme en todos los alumnos.
2. Motivar a los docentes clínicos a utilizar la HCOP en el proceso asistencial hospitalario.

### 3.3. PROPUESTA

HC N°:

## HISTORIA CLÍNICA ORIENTADA POR PROBLEMAS ANAMNESIS

I.

### 1.1. DATOS GENERALES:

FECHA DE INGRESO: ..... HORA: ..... INFORMANTE: .....  
CREDIBILIDAD: .....

### 1.2. FILIACIÓN:

NOMBRES Y  
APELLIDOS: .....  
EDAD: ..... SEXO: ..... ESTADO CIVIL: ..... RAZA: .....  
GRADO DE INSTRUCCIÓN: ..... OCUPACIÓN: ..... RELIGIÓN: .....  
DOMICILIO: ..... PROCEDENCIA: .....

### 1.3. ENFERMEDAD ACTUAL:

MOLESTIA PRINCIPAL: ..... T  
.E: ..... FC: ..... CURSO: .....  
RELATO: .....  
.....  
.....

### FUNCIONES BIOLÓGICAS:

APETITO: ..... SED: ..... SUEÑO: ..... ORINA: ..... DEPOSICIONES: .....

### 1.4. ANTECEDENTES

#### A. PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

- ☒ TIPO DE ALIMENTACIÓN: .....
- ☒ GRADO DE DEPENDENCIA FAMILIAR: .....
- ☒ FORMA DE RECREACIÓN: .....
- ☒ ACTIVIDADES RELIGIOSAS: .....
- ☒ RELACIONES FAMILIARES INTERPERSONALES: .....
- ☒ CONDICIONES DE LA VIVIENDA: .....
- ☒ INMUNIZACIONES: .....
- ☒ INICIO DE VIDA SEXUAL: .....

#### B. PERSONALES PATOLÓGICOS:

- ☒ ENFERMEDADES PREVIAS: .....
- ☒ TRANSFUSIONES: .....
- ☒ ALERGIAS A MEDICAMENTOS: .....
- ☒ CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO: .....
- ☒ HÁBITOS NOCIVOS: .....

#### C. EPIDEMIOLÓGICOS:

- ☒ CONTACTO CON ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS: .....
- ☒ ÚLTIMOS VIAJES: .....
- ☒ CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN: .....

#### D. OCUPACIONALES:

- ☒ TIPO DE TRABAJO: .....
- ☒ RIESGO OCUPACIONAL: .....

## II. EXAMEN CLÍNICO

- 2.1 SIGNOS VITALES: PA:.....FC.....FR:.....T°:.....  
PESO:.....TALLA:.....IMC:.....CLEARANCE DE CREAT:.....
- 2.2. APRECIACIÓN GENERAL:.....
- 2.3. PIEL Y ANEXOS:.....
- 2.4. CELULAR SUBCUTANEO:.....
- 2.5. SISTEMA LINFÁTICO:.....
- 2.6. CRÁNEO:.....
- 2.7. CARA:.....  
OJOS:.....  
NARIZ:.....  
BOCA:.....  
OÍDOS:.....
- 2.8. CUELLO:.....
- 2.9. TÓRAX:  
PARED TORAXICA.....  
MAMAS:.....
- 2.10. SISTEMA RESPIRATORIO:  
INSPECCIÓN:.....  
PALPACIÓN:.....  
AUSCULTACIÓN:.....  
PERCUSIÓN:.....
- 2.11. SISTEMA CARDIOVASCULAR:  
INSPECCIÓN:.....  
PALPACIÓN:.....  
AUSCULTACIÓN:.....  
PERCUSIÓN:.....
- 2.12. ABDOMEN:  
INSPECCIÓN:.....  
PALPACIÓN:.....  
AUSCULTACIÓN:.....  
PERCUSIÓN:.....
- 2.13. ANO Y RECTO:.....
- 2.14. GENITOURINARIO:.....
- 2.15. MÚSCULO ESQUELETICO:.....
- 2.16. SISTEMA NERVIOSO:.....

## III. DATOS BÁSICOS

- 3.1. ....  
3.2. ....  
3.3. ....

## IV. PROBLEMAS DE SALUD

- 4.1. ....



4.2. ....

4.3. ....

#### V. HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA

5.1. ....

5.2. ....

#### VI. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

6.1. ....CIE 10.....

6.2. ....CIE 10.....

6.3. ....CIE 10.....

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

NO DE CAMA

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suarez M. (2006). Historia clínica Orientada al problema: Fundamentos. Rampa 1(2):146-155
2. Muñoz Julio. (1998). El Registro médico Orientado por Problemas. Anales de la Facultad de medicina. Universidad Mayor de San Marcos Vol. 59, No 1 pág. 73 – 78.
3. Hurts J W. 1971 The problema-Oriented Record and the Measurement of excellence. Arch Intern Med 1971; 12:818-9
4. MINSA-Nicaragua, (2008). Norma para el manejo del expediente Clínico. Recuperado de: [http://www.paho.org/nic/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=566&Itemid=235](http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=566&Itemid=235)
5. Suárez Bustamante M. (2006). Historia Clínica Orientada al Problema. RAMPA; 1(2):146-155. Recuperado de: [www.idefiperu.org/rampa.html](http://www.idefiperu.org/rampa.html)
6. Ríos V., Gasca G., Urbina R., Flores R. y Alejandro Lloret, (2005). Nuevos modelos educativos en el internado médico de pregrado. La participación de la Universidad. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/340/34004217.pdf>
7. Díaz Q. J., Calderón M.M, Boullosa T. A., Ramón y Reigosa L. R. (2012). El proceso evaluativo del diagnóstico médico en el sexto año de la carrera de Medicina. Sancti Spíritus. Gaceta Médica Espirituana; 14 (3):3  
Recuperado de: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.14.%283%29\\_04/p4.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.14.%283%29_04/p4.html)
8. Tapia R., Núñez R, Salas P. y Rodríguez A. (2012). El internado médico de pregrado y las competencias clínicas. México en el contexto latinoamericano. Educ Med Super; 21(4):2  
Recuperado de: <http://es.slideshare.net/cristiandiazv/el-internado-de-medicina-en-el-per>
9. Moreno Rodríguez MA. (2001). El arte y la ciencia del diagnóstico médico. La Habana. Edit. Científico -Técnica; (47): 166

10. Cervantes B. R. (1995). Perfil de Interno como futuro Profesional de Salud. SITUA. Año 3 (5):2-4.  
Recuperado de  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/1995\\_n5/perfil.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/1995_n5/perfil.htm)
11. Careaga A., Gómez A. Musetti G, y Scocozza. (2006). La acción Tutorial. Universidad de la República. Facultad de medicina. Departamento de educación médica. Pág. 8.  
Recuperado de:  
[http://www.dem.fmed.edu.uy/Unidad%20Psicopedagogica/Documentos/La\\_Accion\\_tutorial.pdf](http://www.dem.fmed.edu.uy/Unidad%20Psicopedagogica/Documentos/La_Accion_tutorial.pdf)
12. Fajardo C. (2010) CMP. Pregrado de Medicina en el Perú. Pag.3  
Recuperado de:  
[http://www.confemel.com/asambleas/c-fajardo\\_peru.pdf](http://www.confemel.com/asambleas/c-fajardo_peru.pdf)
13. UNT. (2015). Facultad de Medicina. Currículo de Internado Médico.
14. MINSA. (1997) Ley General de Salud 26842
15. MINSA (2006). Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud” RM No 519-2006/MINSA, pág. 27
16. MINSA. (2015). Auditoria de la calidad asistencial- Informe Técnico-Hospital-EGB-NCH. Pag. 6
17. MINSA. (2008). Auditoria de la calidad asistencial- Informe Técnico-Hospital-EGB-NCH. Pag. 3
18. St. Mary’s Hospital, 2012. Story of the medical history, Galicia Clinica. 73 (1):21-26
19. Vargas A., López M., Lillo C. y Vargas J. 2012. El papiro de Edwin Smith y su trascendencia médica y odontológica. Rev. méd. Chile vol.140 (10): pág. 5
20. Saraví F. D., 2012. Laenec, el método anatómoclinico y la invención del estetoscopio. Rev. Med. Univers. Vol. 8 (2):pág. 3-7.
21. Luna D. y Col. 2012. El registro médico: De Hipócrates a Internet. Congreso latino americano de medicina. Libro de Resúmenes. Pag. 9.  
[https://cursospaises.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/40717/mod\\_resource/content/0/manual\\_informatica\\_para\\_directivos\\_salud.pdf](https://cursospaises.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/40717/mod_resource/content/0/manual_informatica_para_directivos_salud.pdf)
22. Cantale C. (2009). Historia Clínica Orientada a Problemas (Lawrence Weed, 1968).  
Recuperado de:

file:///C:/Users/GONZALE/Downloads/historia-clinica-orientada-a-problemas%20(1)%20(7).pdf

23. Barrios G. (1997), Historia Clínica Única para la enfermedad Traumática. Rev Pac Crítico Vol. 10 (1); pág. 5-18
24. Mandirola H. et al. (2005) Comparación del modelo de datos de la Historia Clínica orientada al problema vs el modelo de recolección de datos tradicional.  
Recuperado de:  
[http://bibmed.ucla.edu.ve/Edocs\\_bmucua/textocompleto/TWB290DV4H87p2008.pdf](http://bibmed.ucla.edu.ve/Edocs_bmucua/textocompleto/TWB290DV4H87p2008.pdf)
25. Hlaing T. (2006). Trauma Registry Data Validation: Essential for Quality Trauma Care. Journal of Trauma Injury y Critical Care. Vol 61 (6); 1400 - 1407
26. Guevara A. 2001. Tratado de derecho Médico. Lehis Editores. Caracas.  
Recuperado de:  
[http://bibmed.ucla.edu.ve/Edocs\\_bmucua/textocompleto/TWB290DV4H87p2008.pdf](http://bibmed.ucla.edu.ve/Edocs_bmucua/textocompleto/TWB290DV4H87p2008.pdf)
27. World Health Organization. 2002. Medical Records Manual: A Guide for Developing Countries. Recuperado de:  
<http://www.wpro.who.int/publications/docs/MedicalRecordsManual.pdf>
28. MINSA 2002. Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-V02
29. Análida Elizabeth Pinilla, (2011). Modelos pedagógicos y formación de profesionales en el área de la salud. Acta Médica Colombiana Vol. 36 (4):205 - 7  
Recuperado de:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v36n4/v36n4a08.pdf>
30. Tapia, R., Nuñez, R., Syr, R., Salas, P. y Rodríguez R. (2007); El internado médico de pregrado y las competencias clínicas. México en el contexto latinoamericano. Educ Med Super v.21 n.4 Pag 2  
Recuperado de:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412007000400005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412007000400005)
31. Moreno Rodríguez MA. (2000) Deficiencias en la entrevista médica realizada por alumnos de Medicina Interna bajo observación directa y registro de audio. Rev Cub Med Mil v.8 n.3; 39: 160-5. 10.
32. Harrison E. (2014). Principios de Medicina Interna. Vol. I. 11na. ed.  
Madrid: Mc Graw-Hill:1-14.

33. Kassirer JP, Kopelman RL, (1991). Learning clinical reasoning. Baltimore: Williams and Wilkins, (1): 332.
34. Gazuita R. (2007). Manual de semiología: La Historia Clínica. Universidad Católica de Chile. Pag. 3

Recuperado de:

<http://es.scribd.com/doc/128587242/Manuel-de-semiologia-Ricardo-Gazitua-docx#scribd>

35. Díaz-Barriga F, Hernández G (2002). Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista. México: Mc Graw Hill; 2002. p. 24-62

Recuperado de:

<https://jeffreydiaz.files.wordpress.com/2008/08/estrategias-docentes-para-un-aprendizaje-significativo.pdf>

36. Liaison Committee on Medical Education (2005) Impact of the Liaison Committee on Medical Education requirements for emergency medicine education at U.S. schools of medicine. Acad Emerg Med.;12(10):1003

Recuperado

de:

[9https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16204146](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16204146)

37. Epstein RM, (2007). Assessment in Medical Education. The New England Journal of Medicine Vol. 356 (4).
38. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance (1990). Acad. Med. 65:563-567
39. Nadia M. (2010). Assessment Methods in Undergraduate Medical Education. SQU Med j. 2010 Vol. 10 (2); 203 – 209)
40. Sibert I, Mairesse JP. Et al. (2001). Introducing the objective structured clinical examination to a general practice residency programme: results of a French pilot study journal. Medical Teacher 23: 383 – 388
41. Pajares T, et al. (1996). Implementación y validación del ECOE en el curso de Medicina Interna. OGPRODEIN, Universidad Nacional de Trujillo.
42. Sánchez E., Grados B, Pajares T, et al. (1997). Evaluación de las competencias mediante el ECOE en Cirugía I. OGPRODEIN. Universidad Nacional de Trujillo

43. Mario A. Chávez Gil, Moisés Barrantes Cabrera (2014). Confiabilidad y validez de las listas de cotejos del Examen Clínico Objetivo Estructurado para el aprendizaje por competencias de Cirugía “Ciencia y Tecnología”, Año 10, N° 3, pag. 115-128
44. CMP (2007). Código de ética y Deontología del CMP.  
Recuperado de:  
[http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2016/07/CODIGO\\_CMP\\_ETICA.pdf](http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2016/07/CODIGO_CMP_ETICA.pdf)
45. Adam, Felix (1977), expresa que la Andragogía es la Ciencia y Arte de la educación de adultos.  
Recuperado de:  
[http://www.academia.edu/9199052/ANDRAGOG%C3%8DA\\_EL\\_APRENDIZAJE\\_PARA\\_ADULTOS](http://www.academia.edu/9199052/ANDRAGOG%C3%8DA_EL_APRENDIZAJE_PARA_ADULTOS)
46. Magda Rivero (2012). TEORÍA GENÉTICA DE PIAGET: CONSTRUCTIVISMO COGNITIVO.  
Recuperado de:  
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32321/6/Teoria%20de%20Jean%20Piaget.pdf>
47. Juan Ignacio Pozo (1989). Teorías Cognitivas del Aprendizaje. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. Pág. 174 - 1794  
Recuperado de:  
[www.terras.edu.ar/biblioteca/6/6TA\\_Pozo\\_1\\_Unidad\\_1.pdf](http://www.terras.edu.ar/biblioteca/6/6TA_Pozo_1_Unidad_1.pdf)
48. Salazar J. y Cols. 1958. Historia Clínica orientado por Problemas. British Medical Journal. Vol. 2 pag. 117.  
Recuperado de:  
<http://es.slideshare.net/100000162507987/historia-clnica-orientada-por-problemas-de-salud>
49. Flores Hernández F., Contreras Michelb N. y Martínez González A. (2012) Evaluación del aprendizaje en la educación médica. Vol. 55, No3 2012 pag44-46
50. Crispín Bernardo M, Gómez Fernández T, et al. (2012) Guía del docente para el desarrollo de competencias.  
Recuperado de:  
[http://www.iberomx/formaciondeprofesores/Apoyos%20generales/Guia\\_docente\\_desarrollo\\_competencias.pdf](http://www.iberomx/formaciondeprofesores/Apoyos%20generales/Guia_docente_desarrollo_competencias.pdf)

51. Silvana Sarabia. (2015). Educación médica basada en competencias. Rev Neuropsiquiatr 78 (3), 20
52. Duarte Montiel <sup>L</sup>, Martínez González A., Morales López S, et al. (2011). Educación por competencias. Rev. Fac. Med. (Méx.) vol.54 no.6 nov./dic.
53. Martinez Gonzales A., Lifshitz Guinzberg A., Trejo Mejía J. et al (2017). Evaluación Diagnóstica de competencias en estudiantes de medicina a su ingreso al internado medico de pregrado. Gac Med Mex.153:6-15
54. Moran Barrios Jesús. (2016). La evaluación del desempeño de las Competencias en la práctica Clínica. Doi: 10.1016/J. edumed.

# **ANEXOS**



## TEST METACOGNITIVO PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE INTERNADO EN MEDICINA HUMANA

CÓDIGO.....

Nombre del Establecimiento de Salud:

**OBJETIVO:** Medir el nivel de conocimientos del Interno de Medicina respecto a la importancia de la Historia Clínica para el diagnóstico de las enfermedades

**INSTRUCCIONES:** Señor alumno, lea cuidadosamente las preguntas luego marcar con una **X** la respuesta que considera correcta en la **PARTE I**, encierre la respuesta correcta con un círculo en la **PARTE II**. Ninguna pregunta deberá de quedar en blanco.

**TIEMPO: 30 MINUTOS**

### PARTE I: INFORMACIÓN GENERAL

1. Edad cumplida:.....
2. Estado Civil:
  - ✓ Soltero ( )
  - ✓ Casado/unido ( )
  - ✓ Divorciado/separado ( )
  - ✓ Viudo ( )
  - ✓ No responde ( )
3. Sexo:
  - ✓ Hombre ( )
  - ✓ Mujer ( )
4. Ocupación:
  - Trabaja actualmente Si ( ) No ( ) Horas
  - que dedica a su trabajo: .....
  - Horario:.....
5. Universidad de origen:
  - Nacional ( )
  - Privado ( )
  - Especifique:.....

### PARTE II: CONOCIMIENTOS

1. A qué modelo de Historia Clínica le corresponde las siguientes características:
  - ☒ Presentar información no estructurada.
  - ☒ Para su comprensión es necesario leer toda la historia clínica
  - ☒ Su contenido de texto suelto dificulta el seguimiento de la evolución del paciente.
  - ☒ Induce mucho a repetición de sugerencias y reiteración de estudios diagnósticos.
  - ☒ Presenta dificultad para recopilar datos.
  - ☒ Es poco útil para la educación y la investigación.

**RESPUESTA:**

- A. Historia Clínica tradicional
- B. Historia Clínica cronológica
- C. Historia clínica orientada por problemas
- D. Historia Clínica estructurada con preguntas cerradas
- E. Historia Clínica de Emergencia

**2. A qué modelo de Historia Clínica le corresponde las siguientes características:**

- ☒ Depósito del conocimiento acumulado sobre el paciente
- ☒ Medio de comunicación entre los prestadores de salud
- ☒ Registro estructurado que contribuye a la docencia e investigación
- ☒ Medio que facilita la auditoría de la calidad de las acciones prestacionales

**RESPUESTA**

- A. Historia Clínica tradicional
- B. Historia Clínica cronológica
- C. Historia clínica orientada por problemas
- D. Historia Clínica estructurada con preguntas cerradas
- E. Historia Clínica informatizada

**3. Cuando un paciente se hospitaliza el manejo clínico se basa en:**

- A. La molestia principal
- B. Las hipótesis diagnósticas
- C. Los problemas de salud
- D. En los estudios de ayuda diagnóstica
- E. Los datos básicos

**4. Los pasos que debería seguir para identificar el diagnóstico definitivo de un paciente son?**

- A. Anamnesis, Examen físico, Diagnóstico, Tratamiento
- B. Anamnesis, Examen Físico, Datos Básicos, Hipótesis Diagnósticas, Tratamiento
- C. Anamnesis, Examen Físico, Datos Básicos, Problemas de Salud, Hipótesis Diagnósticas, Tratamiento
- D. Anamnesis, Examen Físico, Datos Básicos, Problemas de Salud, Hipótesis Diagnósticas, Plan de ayuda diagnóstica
- E. Anamnesis, Examen Físico, Hipótesis Diagnósticas, Tratamiento

**5. Los criterios que ayudan a formular el diagnóstico presuntivo de una enfermedad son:**

- A. Criterio clínico y epidemiológico
- B. Criterio laboratorial
- C. Estudios de ayuda diagnóstica
- D. Conocimiento Fisiopatológico
- E. Ninguno es correcto

**CLAVE DE RESPUESTAS: PARTE II**

- 1. A
- 2. C
- 3. C
- 4. D
- 5. A

<p align="center"><b>CASO CLÍNICO</b></p> <p align="center"><b>INSTRUMENTO DE VALORACIÓN COGNITIVA Y RAZONAMIENTO CLÍNICO PARA LA FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO</b></p>
--

ESCALA	FECHA:	ALUMNOS							
	<b>ASPECTOS COGNITIVOS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
1-4	Dominio del tema presentado								
1-4	Dominio de los mecanismos fisiopatológicos y clínicos del tema en discusión								
1-4	Dominio de los criterios diagnósticos								
1-4	Dominio de los criterios terapéuticos y preventivos								
1-4	Sustentación bibliográfica del tema en discusión								
NOTA									
	<b>ASPECTOS PROCEDIMENTALES</b>								
1-4	Presentación de la anamnesis								
1-4	Presentación del examen físico general								
1-4	Identifica problemas de Salud y propone diagnóstico presuntivo de la enfermedad								
1-4	Identifica y brinda información clínica apropiada para formular los diagnósticos definitivos								
1-4	Propone un plan de tratamiento integral del problema de salud.								
NOTA									
	<b>EVALUACION ACTITUDINAL</b>								
1-4	Puntualidad.								
1-4	Proactividad								
1-4	Cumplimiento de los tiempos de la actividad programada								
1-4	Mantiene buena relación con el personal de salud y el paciente dentro de los principios éticos								
1-4	Adecuada Comunicación Médico – Paciente - Familia								
NOTA									

ALUMNOS
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

VALORACIÓN: >ó=16 PUNTOS ACEPTABLE
------------------------------------

