Descargado el: 24-11-2026 ISSN 1727-897X

MANUAL

Propuesta de modelo referencial para la orientación de los profesores en la ejecución del pase de visita docente asistencial

Proposed Reference Model for Guiding Teachers to Perform Ward Round Teaching

Luís Alberto Corona Martínez[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguia Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Corona-Martínez L. Propuesta de modelo referencial para la orientación de los profesores en la ejecución del pase de visita docente asistencial. **Medisur** [revista en Internet]. 2014 [citado 2026 Nov 24]; 12(3):[aprox. 27 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2694

Resumen

El pase de visita docente asistencial es una actividad médico profesional de capital importancia como forma organizativa docente en la carrera de Medicina. Su gran trascendencia en la conformación de una "personalidad" profesional está bien reconocida por el profesorado; así como también la extrema complejidad en su ejecución y en el desarrollo de competencias para ello. El problema que se pretende resolver con este trabajo está relacionado con la necesidad de contribuir al desarrollo de las competencias de los profesores más jóvenes del área clínica de la carrera de Medicina para llevar a cabo la actividad de pase de visita; contribución que se lograría a través de una apropiada orientación de cómo llevar a cabo esta actividad. En función de esta orientación el claustro de la Cátedra de Ciencias Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas Dr. Raúl Dorticós Torrado, de Cienfuegos, ha trabajado en la conformación de un modelo o representación de la actividad de pase de visita que sirva de guía para su ejecución. Como principales resultados se consideran la elaboración de un modelo de pase de visita con dos variantes, según se asista a un paciente de reciente ingreso o a un paciente ya conocido; y la precisión de las condiciones, tanto en el orden asistencial como en el docente educativo, que deben ser consideradas para la adecuada ejecución de la actividad. El modelo presentado no ha sido considerado una representación totalmente acabada de la actividad de pase de visita, por lo que la propuesta queda abierta a la crítica y al perfeccionamiento; y su utilización es concebida a través de su adecuación a las particularidades de las diferentes disciplinas y escenarios de aprendizaje.

Palabras clave: aprendizaje, enseñanza

Abstract

Ward round teaching is an essential professional medical activity as an organizational form of teaching in undergraduate medical education. Its great importance for shaping a professional "personality" is well recognized by the faculty; as well as its extremely complex implementation and development of the necessary skills. The problem to be solved in this paper is related to the need to help younger clinical teachers in undergraduate medical education to develop the skills to conduct ward round teaching; which would be achieved through appropriate guidance on how to perform this activity. Based on this, the teaching staff in the Department of Clinical Sciences of the Dr. Raúl Dorticós Torrado Faculty of Medical Sciences in Cienfuegos has designed a model or representation of ward round teaching to be used as a guide. The main results include the development of a model with two variants, according to the care provided to a recently admitted patient or an already known patient; and the definition of conditions, both in practical and educational areas, which should be considered for the proper implementation of the activity. The model is not a complete representation of the ward round teaching, thus the proposal is open to review and improvement; and its use is based on its adaptation to the particularities of the different disciplines and learning scenarios.

Key words: learning, teaching

Aprobado: 2014-05-14 11:21:28

Correspondencia: Luís Alberto Corona Martínez. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguia Lima. Cienfuegos. luis.corona@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Es bien conocida por todos la capital importancia que tiene el pase de visita como actividad profesional, tanto en el plano de la asistencia médica como en la formación de pregrado y posgraduada de nuestros médicos.

Los profesores que llevan años en el trabajo docente asistencial no encontrarán desacertada la afirmación de que, posiblemente, ninguna otra actividad profesional sea tan impactante en la adquisición de las competencias profesionales individuales, en el dominio de los modos de actuación y en la conformación de una "personalidad" profesional como la participación sistemática en el pase de visita.

Adicionalmente a esta importancia, es reconocida la complejidad de esta actividad en la cual deben imbricarse muy armónicamente los elementos asistenciales con los docentes educativos, lo cual exige una gran maestría de aquellos que la dirigen; razón por la cual ha sido preocupación de varios estudiosos el tema relacionado con la metodología para la ejecución del pase de visita.

Hay que reconocer también, y sin restar el más mínimo ápice a la relevancia de esta actividad médico-profesional, que la visibilidad del pase de visita ha estado favorecida por la ancestral formación médica casi exclusivamente en los hospitales. Y aún en la actualidad, a pesar de los cambios en la concepción de los escenarios de aprendizaje que han determinado una mayor participación del nivel primario de atención en la formación médica, sigue siendo el pase de visita una actividad asociada a la enseñanza en el medio hospitalario.

Al tener en cuenta que nuestras salas de hospitalizados siguen constituyendo un escenario sumamente importante en la educación médica, es el pase de visita la forma organizativa docente fundamental de la educación en el trabajo; columna vertebral del sistema de actividades formativas en la docencia médica superior, tanto de pregrado como de posgrado. Es por ello que hacia la maestría en su ejecución debe ir dirigida con gran peso la formación pedagógica de nuestro claustro de profesores en las disciplinas y asignaturas del llamado "grupo del ejercicio de la profesión".

Lamentablemente, en el campo de la práctica médica en particular, los años difíciles del periodo especial, con sus cambios organizativos determinados por las circunstancias del momento, aunado a otras circunstancias cuyo análisis es ajeno al objetivo de este trabajo, dejaron su huella en la calidad en la ejecución del pase de visita. Como consecuencia de ello, un número no despreciable de docentes pertenecientes a la posterior generación de profesores, no ha contado con patrones de referencia que le sirvan de guía para el desarrollo de tan importante y compleja actividad; determinando muchas veces la espontaneidad y la improvisación la manera de actuar de estos.

La anterior situación ha tenido sus consecuencias negativas en la calidad de la docencia médica y, consecuentemente, también ha repercutido de forma adversa en la asistencia médica. El propósito de este trabajo está en plena relación con la situación negativa antes señalada.

Unido a lo anterior, la complejidad del pase de visita determina que el desarrollo de las capacidades en los profesores para ejecutarlo de forma adecuada sea, de hecho, un proceso largo y también complejo, que requiere de una gran ejercitación y experiencia.

Pero, si bien la ejercitación es indispensable para el dominio de cualquier habilidad, es imposible aprender a ejecutar eficientemente una actividad si no se cuenta con una representación mental anticipada de la misma. La ausencia de esa "representación" trae como resultado, como ya se expresó, la improvisación y una espontaneidad generalmente contraproducentes, más que beneficiosas. He ahí la importancia de una adecuada orientación de los profesores.

Por tanto, el problema que se pretende resolver con este trabajo está relacionado con la necesidad de contribuir al desarrollo de las competencias de los profesores más jóvenes del área clínica de la carrera de Medicina para llevar a cabo la actividad de pase de visita; contribución que se lograría a través de una apropiada orientación de cómo llevar a cabo esta actividad.

En función de la orientación de nuestros profesores del área clínica, fundamentalmente los de menos experiencia, el claustro de la Cátedra de Ciencias Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos ha trabajado en la conformación de un modelo o representación de la actividad de pase de visita que sirva de guía para su ejecución, el cual se pone a su

disposición para su uso y crítica.

El material que se propone analizar está organizado, en su Desarrollo, de la siguiente manera:

En el primer acápite son abordados algunos aspectos preliminares de importancia para la comprensión del modelo elaborado y que justifican la necesidad de considerar dos variantes claramente distinguibles de dicho modelo. En este acápite se contextualiza la actividad de pase de visita dentro del horario matutino de la educación en el trabajo; y se expone además, la estructura general del modelo.

En el segundo acápite es detallado el modelo en sus dos variantes: cuando se asiste a un paciente de reciente ingreso y cuando se asiste a un paciente ya conocido. El siguiente acápite muestra las condiciones que deben ser consideradas para la adecuada ejecución del pase de visita, tanto en el orden asistencial como en el docente educativo.

El cuarto y último acápite es dedicado a la exposición de algunos comentarios adicionales que refuerzan puntos específicos o complementan las ideas antes desarrolladas.

Para facilitar la comprensión del modelo de pase de visita docente asistencial que aquí se presenta, se recomienda la lectura de dos artículos titulados “Fundamentos teóricos para la modelación del pase de visita como actividad docente-asistencial” (I y II), publicados en la Revista Medisur, volumen 11, números 4 y 5 respectivamente, de 2013. En ambos artículos son expuestas las principales ideas que, en el plano teórico, fundamentan el modelo de pase de visita elaborado; la aceptación de dichas ideas se convierte, por tanto, en una condición necesaria para asumir la propuesta aquí planteada.

DESARROLLO

I.- Algunos aspectos preliminares

La elaboración de un modelo del pase de visita, como actividad docente asistencial, está fundamentada teóricamente en las siguientes tres ideas esenciales, expuestas en artículos previos:

- El pase de vista es una actividad humana.
- El pase de visita es una actividad esencialmente asistencial.
- El pase de visita es una actividad intencionadamente formativa.

La primera idea aporta la estructura (forma) que servirá de sostén al modelo de pase de visita, ya que, como toda actividad humana, y sobre la base de la Teoría de la Actividad asumida, el modelo está constituido por objetivos a conseguir, acciones a ejecutar y condiciones a tener en cuenta en ese accionar. Las otras dos ideas aportan el contenido del modelo que se elabora, donde se reconocen e integran la esencialidad asistencial de la actividad y su intención formativa o docente educativa. Estas dos ideas tendrán su expresión concreta tanto en los objetivos de la actividad, como en el accionar y en las condiciones a considerar.

Pero la concreción de estas ideas en un modelo de la actividad de pase de visita requiere precisar dos elementos adicionales. (Cuadro 1).

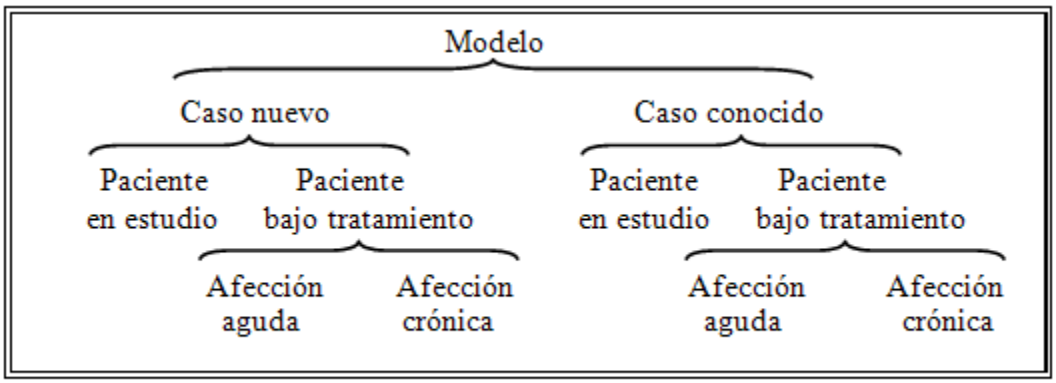
En primer lugar, se asume como muy importante la consideración del grado de conocimiento del paciente por el grupo básico de trabajo (GBT). En este sentido, se ha contemplado diferenciar el caso nuevo para el GBT del caso ya conocido. La primera situación hace referencia al paciente que ha ingresado recientemente y aún no ha sido visto por el colectivo de médicos y estudiantes de la sala donde se encuentra hospitalizado, a diferencia de la segunda situación.

Y es que ante un paciente nuevo para el GBT, los médicos a su cargo en la sala tienen la importantísima responsabilidad de revaluar todo el proceso asistencial ejecutado hasta ese momento, lo cual conlleva a la inevitable y engorrosa tarea de “reconstruir” la historia del paciente para, a partir de ella, revaluar las interpretaciones diagnósticas “de admisión” e incluso, las decisiones terapéuticas aplicadas.

Por diversas razones en las cuales no es propósito profundizar, siempre existe una razonable posibilidad de un diagnóstico inicial erróneo, o al menos incompleto; y es precisamente uno de los principales y más graves errores que se comenten en la labor asistencial, el asumir por los médicos de asistencia en sala tácitamente las historias de los enfermos recogidas en la “orden de ingreso”, y por consiguiente, los diagnósticos derivados de dichas historias.

La importancia de reconocer estas dos situaciones, como se puede inferir de los

anteriores planteamientos, radica en que el accionar de los participantes en la actividad de pase de visita no será exactamente igual en la situación de "caso nuevo" que en la de "caso conocido", determinando con ello variantes de una representación o modelo general de dicha actividad. Por tanto, cada situación mencionada determinará una manera particular de llevarse a la práctica la actividad de pase de visita.



Cuadro 1. Elementos adicionales a considerar en la modelación del *pase de visita*.

Otro elemento que puede generar diferencias en la ejecución del pase de visita radica en la etapa del proceso de atención médica en que se encuentra el enfermo al momento de la actividad (etapa de "diagnóstico" o etapa de "tratamiento"). De ello se generan dos nuevas situaciones: pacientes "en estudio" y pacientes "bajo tratamiento".

En la primera situación el diagnóstico del problema de salud aún es incompleto por encontrarse al nivel del diagnóstico de síntomas capitales (hemoptisis, disfagia, hematuria) o de síndromes (fiebre aguda, sangrado digestivo, íctero). La segunda situación difiere de la anterior en que ya el paciente tiene "definido" el problema de salud y se ha pasado en su atención a la etapa de "tratamiento". Como será visto posteriormente, los pacientes en esta situación podrán ser clasificados a su vez en otras dos categorías: los que padecen una afección aguda (neumonía, infarto del miocardio) y los que padecen una afección crónica descompensada (asma bronquial, diabetes mellitus).

Ahora bien, ¿cómo se enmarca la actividad de pase de visita en el horario de estudio-trabajo de los educandos? (Figura 1).

La actividad de pase de visita se realiza generalmente en horario matutino, con inicio entre 9.30 y 10.00 am en dependencia de diversas circunstancias muy puntuales. Hay un momento inicial que le precede en que cada educando, generalmente de forma individual (o en dúos, en dependencia del número), se relaciona con el objeto de la profesión (proceso salud-enfermedad en el ser humano) mediante la interacción con su objeto de trabajo, en este caso el individuo enfermo.

En este momento inicial el estudiante realiza el proceso de atención médica a su paciente, lo cual incluye, además de la asistencia directa al enfermo mediante la aplicación del método clínico, y su reflejo en la historia clínica, otras tareas como: la revisión de la historia clínica anterior de su paciente, la realización de resúmenes y otros documentos, la verificación de fechas de turnos para pruebas complementarias, la comprobación de indicaciones de pruebas, el esclarecimiento de dudas con otros miembros de la pirámide docente e incluso, el acompañamiento del enfermo a la realización de exámenes complementarios, entre otras. Este es un momento de intenso trabajo independiente del educando, en el cual además, debe crear las condiciones para el inmediatamente posterior trabajo grupal (presencia de todos los materiales necesarios en la cama del paciente).

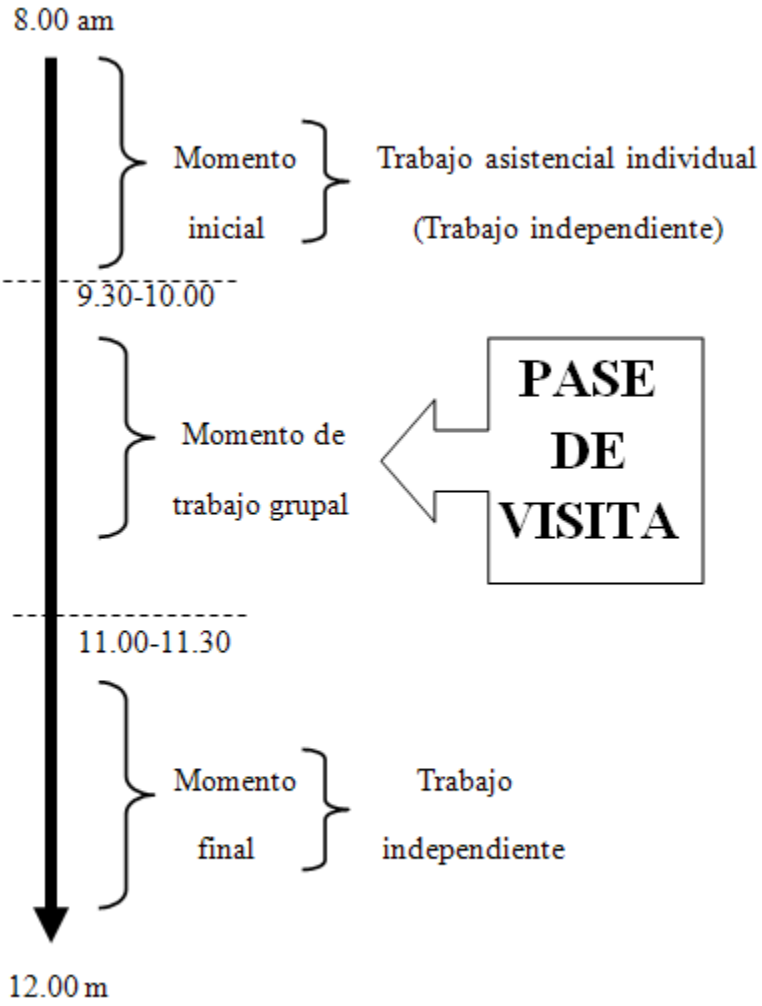


Figura 1. Organización temporal de la educación en el trabajo en horario matutino.

Al término de este momento inicial el estudiante está en condiciones de socializar su aprendizaje, lo cual se lleva a cabo en un segundo momento, de trabajo fundamentalmente grupal, correspondiente a la actividad de pase de visita propiamente dicha; momento que se caracteriza por una mayor comunicación entre el profesor y los estudiantes, y entre estos en el seno del grupo; donde se retoma el método clínico, sus pasos, su lógica, sus procedimientos, y donde se incorporan otros procedimientos de índole didáctica como son la demostración que realiza ante el grupo el profesor o los propios estudiantes, la explicación, la comparación de situaciones y la ejercitación. La duración del pase de visita no debe exceder los 90 minutos, para evitar el agotamiento de los participantes.

Para finalizar, hay un tercer y último momento en el horario matutino de estudio-trabajo en que se retoma el trabajo independiente de los estudiantes en la solución de tareas concretas orientadas por el profesor en el momento anterior, o sea, durante el trabajo grupal inherente al pase de visita.

Igualmente, si abstraemos el momento de trabajo grupal (el cual se corresponde con lo que denominamos pase de visita, como fue expuesto antes), se identifica en dicha actividad un momento **introductorio**, un momento de **desarrollo** y un momento **conclusivo**. (Figura

2).

El momento introductorio, de corta duración, puede ser utilizado por el profesor para rechequear la presencia de los que deben estar en la actividad y su adecuado porte y aspecto personal (no pueden faltar la bata sanitaria y el estetoscopio); así como las condiciones del lugar (limpieza, orden, número de acompañantes, nivel de ruido ambiental). También en este momento se pueden dar informaciones de interés para el grupo de estudiantes, relacionadas por ejemplo, con otras actividades docentes o extracurriculares, rememorar hechos históricos de importancia científica o político-ideológica, hacer alusión a acontecimientos actuales de relevancia, e incluso, felicitar en el seno del grupo a algún compañero en su onomástico.

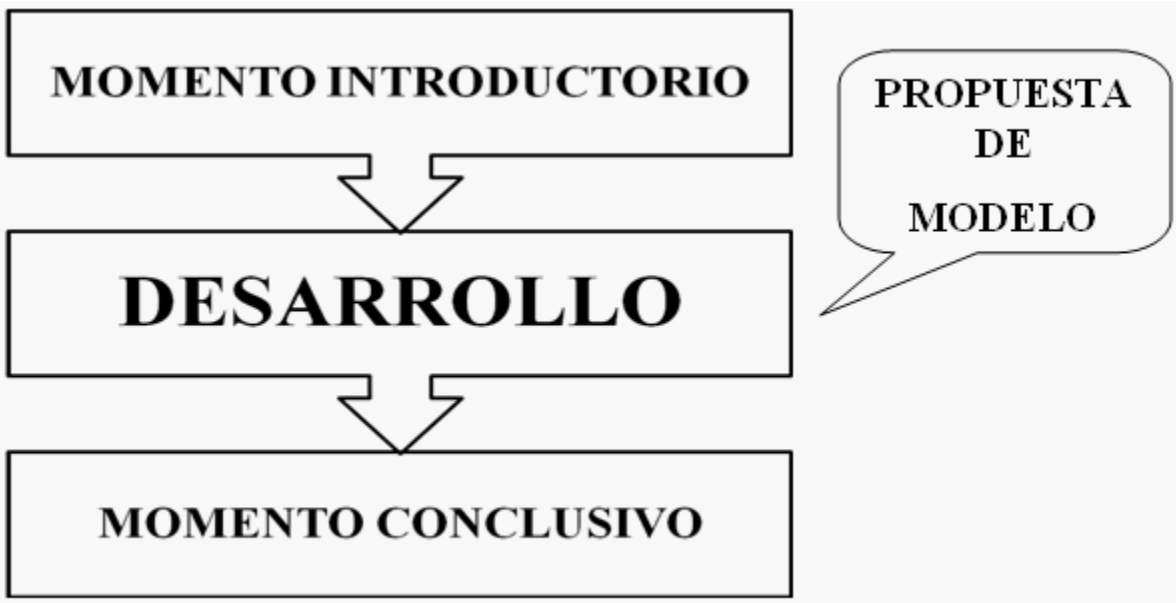


Figura 2. Etapas del pase de visita y relación con el modelo que se propone

En las conclusiones del pase de visita, también breves, se pueden realizar valoraciones muy generales, así como puntualizar las tareas ya definidas en el desarrollo de la actividad, tanto en el orden asistencial (solicitud de interconsultas, realización de un procedimiento de urgencia) como en el docente (revisión de un tema concreto para el día siguiente).

El momento más complejo del pase de visita, indiscutiblemente, corresponde al de desarrollo; momento en que se produce la interacción más intensa entre educandos-paciente-profesor en función del objetivo asistencial y del objetivo docente educativo de la actividad. Por ello, en este trabajo, **cuando se hace referencia a un modelo de pase de visita, se está haciendo alusión concretamente a un modelo del momento correspondiente al desarrollo de la actividad de pase de visita**; obviando los momentos correspondientes a la introducción y a las conclusiones de dicha actividad.

I.1.- La estructura del modelo de pase de visita que se propone

El modelo de la actividad de pase de visita está elaborado sobre la base de los principales elementos teóricos desarrollados en dos artículos precedentes; artículos donde quedan precisadas además, las implicaciones concretas de cada una de las tres ideas esenciales expuestas. Adicionalmente, se incorporan los elementos teóricos expuestos en este acápite.

Como resultado de la integración de todos estos elementos (Figura 3), el modelo de pase de visita que se propone tiene delimitados los tres grandes **momentos** por los que se transita en la ejecución del proceso de asistencia médica: la

obtención de información, la interpretación de dicha información y la toma de decisiones. Para cada uno de estos momentos han sido precisados los **objetivos** a alcanzar (uno para cada momento); objetivos que expresan la habilidad más general a ejecutar en ese momento. También son precisadas las principales **acciones** a realizar en la ejecución del momento específico; acciones estas que siguen la lógica más elemental del método de la profesión: el método clínico.

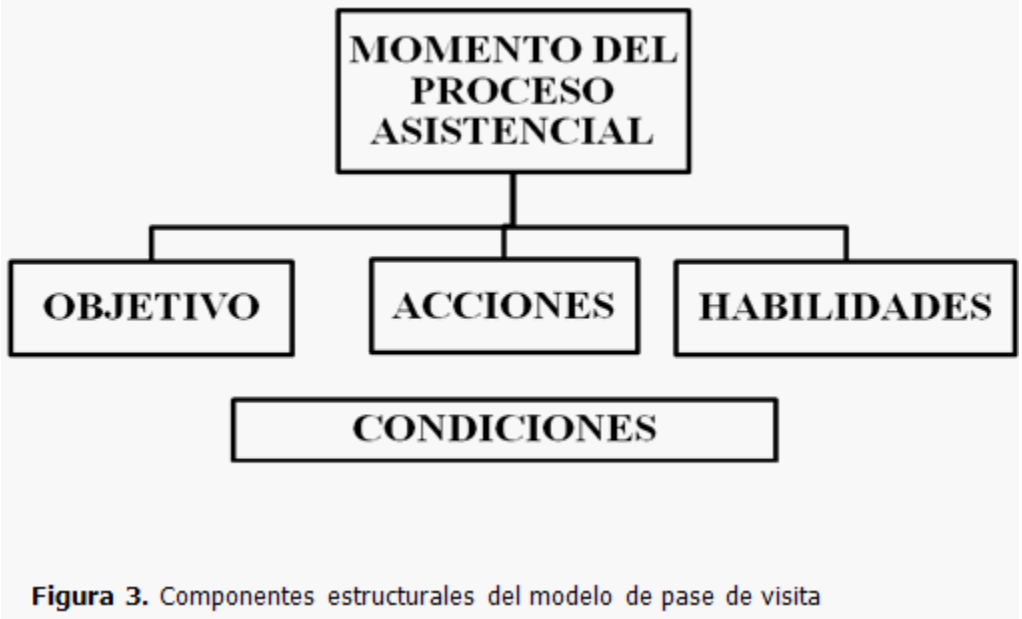


Figura 3. Componentes estructurales del modelo de pase de visita

En las acciones precisadas se manifiestan tanto la dimensión asistencial de la actividad de pase de visita como la dimensión docente educativa, pero con evidente preponderancia de la primera dimensión, en plena correspondencia con el planteamiento teórico en el cual se reconoce la esencialidad asistencial del pase de visita.

El objetivo general de cada momento del proceso asistencial y el conjunto de acciones a llevar a cabo en cada uno de ellos tiene sus modificaciones teniendo en cuenta los dos elementos adicionales antes expuestos: el grado de conocimiento del paciente por el grupo básico de trabajo, lo cual genera dos variantes del modelo ("situación de caso nuevo" y "situación de caso conocido") y la etapa del proceso de atención médica en que se encuentra el enfermo al momento de la actividad, y de lo cual se derivan dos nuevas situaciones: pacientes "en estudio" y pacientes "bajo tratamiento".

Las **habilidades** más específicas que se deben utilizar para llevar a cabo las acciones y con ello cumplir el objetivo general de cada uno de los momentos del proceso asistencial también han quedado precisadas en el modelo elaborado.

En cuanto a las **condiciones** para la ejecución del pase de visita, estas han sido precisadas para la actividad en su conjunto y no para cada momento por separado; delimitadas en las que tienen una implicación fundamentalmente asistencial y en las que tienen una implicación fundamentalmente formativa; reconociendo con ello que no existen fronteras totalmente definidas entre ambas implicaciones.

II.- Descripción del modelo de la actividad pase de visita docente asistencial

II.1- Modelo de pase de visita: variante "situación de caso nuevo"

- Primer momento: La obtención de la información clínica.

El primer momento en el desarrollo del pase de

visita tiene como objetivo, tanto en el plano asistencial como docente, la **elaboración del contexto clínico del paciente con dos propósitos particulares: revaluar el diagnóstico inicial (o de entrada) y conformar un juicio evolutivo**. Dicho de otra manera, la intención en este momento inicial es "reconstruir" la historia del paciente hasta el momento de su arribo al Hospital.

Para cumplir este objetivo, el profesor que conduce la actividad procederá a solicitar la información clínica correspondiente al interrogatorio del paciente (datos generales, antecedentes, hábitos tóxicos, cronopatograma, etc); esta información puede ser obtenida por el profesor a través de las siguientes dos variantes:

- Presentación de la historia por el estudiante asignado al paciente.
- Realización del interrogatorio por algún otro estudiante del grupo.

En el primer caso, el estudiante que presenta la información ya ha trabajado previamente en su recogida y la ha contrastado con la información presente en el expediente clínico ("orden de ingreso"), como resultado del trabajo independiente efectuado previo al pase de visita; entonces el alumno procede a exponer ante el profesor y el grupo la historia por él obtenida. En el segundo caso, se le dará a un estudiante (seleccionado por el profesor o por disposición voluntaria) la tarea de realizar el interrogatorio al paciente y de exponer la información obtenida, lo cual será observado por el resto de los participantes.

Independientemente de la variante utilizada, se someterá el ejercicio realizado a la consideración del resto de los estudiantes mediante un debate grupal, el cual estará dirigido, primero, a profundizar en la historia clínica a través de la búsqueda de información pasada por alto hasta ese momento, y segundo, al análisis crítico de la calidad de la tarea realizada. El profesor estimulará constantemente a los estudiantes hacia la construcción de una historia del paciente que comprenda los más variados elementos biológicos, sociales, psicológicos, económicos, familiares y culturales, en plena consonancia con la concepción biopsicosocial y cultural del proceso salud-enfermedad, y siempre adecuado al contexto particular del paciente que se asiste; se hará especial énfasis en estos aspectos en los pacientes ancianos.

Sería muy conveniente que, según la valoración que haga el docente, los estudiantes sean estimulados a elaborar posibles hipótesis diagnósticas a partir de la información que se va obteniendo al interrogatorio; de forma tal que esas propias hipótesis orienten en alguna medida el proceso de interrogatorio que los estudiantes realizan.

Una vez agotadas las posibilidades de obtener información por parte de los estudiantes, el profesor hará, en un acto de demostración, las precisiones que considere necesarias interrogando personalmente al enfermo (o familiar, de ser necesario). Adicionalmente, hará las correcciones y sugerencias (en el plano técnico, cronopatograma, semiografía, aspectos psicológicos y sociofamiliares, etc) que no hayan sido ya realizadas por los propios estudiantes, y reforzará las ya hechas que sean de clara importancia. El profesor también aprovechará la oportunidad para demostrar cómo, si se da la necesidad, desde el mismo interrogatorio al enfermo se debe comenzar a realizar labor educativa y de promoción de salud con el paciente y sus familiares, relacionado por ejemplo, con aspectos relativos al estilo de vida (fumar, beber, alimentación inadecuada, sedentarismo, hábitos higiénicos).

Se pasará entonces a trabajar con la información proveniente del examen físico del paciente; para ello, el estudiante asignado al enfermo dará lectura a la descripción del examen que aparece en la orden de ingreso, como constancia existente de los signos presentes al momento de la admisión. Con estos datos quedará completada la información clínica y, por tanto, "reconstruido" en lo posible el cuadro clínico del paciente.

No obstante, el profesor debe hacer ver al grupo de estudiantes las limitaciones a tener en cuenta a la hora de incorporar la información correspondiente al examen físico obtenida de la lectura de la orden de ingreso, dada las condiciones en que con mucha frecuencia se realiza dicho examen, fundamentalmente cuando el paciente entra al medio hospitalario a través del Departamento de Urgencias.

Es por ello que, para este momento del ejercicio, y siempre que no se esperen cambios en el examen físico del paciente con la intervención terapéutica ya realizada (de haber habido intervención terapéutica), el profesor conducirá a los estudiantes a la comprobación en el paciente

de los datos al examen, solicitándoles la realización de diversas exploraciones y maniobras; maniobras determinadas fundamentalmente por los datos obtenidos al interrogatorio y, de haberse trabajado ya, por las hipótesis enunciadas.

Los siguientes ejemplos pueden ayudar a comprender esta idea.

Para evaluar la situación diagnóstica de un paciente que ingresó el día previo con la impresión diagnóstica de crisis de asma bronquial, es necesario "trabajar" con la información del examen físico recogida en la orden de ingreso, pues en el examen que se realiza al momento del pase de visita cabe la posibilidad de que los estertores secos que caracterizan a dicho problema de salud hayan desaparecido como consecuencia del tratamiento aplicado.

En cambio, para casos generalmente hospitalizados para ser "estudiados", y sobre los cuales aún no se ha aplicado algún tratamiento (un paciente con sospecha de cirrosis hepática, con ictericia, hepatomegalia, ascitis), es de esperar que muchos de los signos físicos recogidos en la orden de ingreso estén presentes en el enfermo en el momento de la actividad de pase de visita. Incluso, en estos casos, la revaluación de los resultados del examen físico descrito en la orden de ingreso, más que una opción que tiene el profesor en la conducción de la actividad, constituye una obligación al permitir la corrección de cualquier interpretación equivocada del examen inicial del paciente; permitiría con ello, la conformación de un contexto clínico del paciente mucho más exacto y real.

Sería de una indiscutible utilidad, que los aparatos y sistemas a explorar y las maniobras a realizar, o sea, las necesidades de datos a buscar al examen físico del paciente, emanaran de los propios estudiantes; como resultado de la interpretación inicial de la información obtenida con el interrogatorio (elaboración de hipótesis diagnósticas a partir de la anamnesis), como ya fue señalado anteriormente. De importancia didáctica es la solicitud por el profesor de la fundamentación por el estudiante de la búsqueda específica a realizar en el examen físico, o sea, el por qué el estudiante propone la realización de determinada exploración, incluyendo el qué se espera encontrar con la misma.

Igual a como se señaló en el interrogatorio, cualquier exploración que el profesor solicite realizar a los estudiantes debe ser analizada en el seno del grupo, quienes deben hacer las correcciones y sugerencias necesarias; en última instancia, el profesor demostrará la técnica correcta de las exploraciones realizadas y verificará los signos presentes en la orden de ingreso y los encontrados por los estudiantes; así como buscará en el enfermo aquellos datos al examen cuya necesidad de búsqueda emana de su propio proceso de razonamiento diagnóstico que, calladamente, ha estado realizando en todo este primer momento.

Otro aspecto muy importante que el profesor debe demostrar a los estudiantes consiste en la conveniencia de, en este momento del método clínico, retomar el interrogatorio inducido por el hallazgo de signos al examen; signos físicos que no "encajan" con claridad en la historia previamente construida. Con ello, el estudiante puede observar la dinámica flexible, bidireccional en la relación interrogatorio-examen físico. El resultado, un contexto clínico del paciente aún más preciso, real y útil para ser sometido de manera recreada, al proceso de razonamiento diagnóstico.

Para finalizar este momento, el profesor procederá a contrastar la historia "reconstruida" en la actividad con la historia recogida en la orden de ingreso; y realizará los comentarios que se deriven de ello; siempre con un enfoque netamente educativo y muy ético.

Como se puede observar, en el momento correspondiente a la obtención de información clínica se debe trabajar con los estudiantes en la adquisición de habilidades relacionadas con el interrogatorio, en habilidades relacionadas con la realización de los diferentes procedimientos del examen físico y maniobras exploratorias, en la organización y presentación oral de la información obtenida. Al final de este momento, se habrá conformado una historia amplia, detallada, integral y cronológica del paciente, garantizando en ese proceso una participación activa de los estudiantes y creando condiciones para que los estudiantes se eduquen en una cultura de debate profesional y de trabajo en equipo.

- Segundo momento: La interpretación de la información.

Una vez "reconstruida" la historia clínica del

paciente, corresponde en el desarrollo de la actividad de pase de visita el momento dedicado al ejercicio de análisis e interpretación diagnóstica del contexto clínico del paciente. Por tanto, el objetivo de este segundo momento consiste en la **conformación de las hipótesis diagnósticas, o sea, el planteamiento de los posibles problemas de salud en el paciente**; este objetivo tiene aparejado el establecimiento de la correspondencia entre esta interpretación diagnóstica y la realizada al ingreso del paciente ("impresión diagnóstica" de la orden de ingreso), lo cual significa ineludiblemente, la realización de una revaluación diagnóstica.

Aunque en el momento anterior es posible (y recomendado) que se hayan realizado algunas "incursiones" al diagnóstico, como ya fue expuesto, es en este momento de la actividad en que los estudiantes deben asumir una posición con relación al diagnóstico del problema de salud del paciente.

Por ello, este momento constituye una especie de "discusión diagnóstica clínica a la cabecera del enfermo"; caracterizada esta por su corta duración, pero profundidad en su ejecución a partir del empleo de los aspectos más esenciales de las afecciones que se tendrán en consideración en la discusión.

El profesor entonces, y siempre reiterando la importancia de no cometer iatrogenia con la palabra, deberá promover la intervención escalonada de los diferentes estratos participantes en la actividad; intervención dirigida al planteamiento de los síndromes y posibles diagnósticos a considerar, con su correspondiente fundamentación (elementos a favor, elementos en contra).

Para la ejecución de este momento, el profesor estimulará la utilización por los estudiantes del "diagnóstico por comparación"; entendido este, de forma resumida, como aquel proceso mental en que se establecen similitudes y diferencias entre el contexto clínico integral del paciente, por un lado, y las representaciones mentales que los estudiantes poseen de las diferentes afecciones que son causa de los síndromes identificados en el paciente (o del síntoma capital, en ausencia de síndrome), por el otro.

El profesor estimulará el debate respetuoso entre los participantes y la crítica constructiva, organizará el orden de participación dándole espacio tanto a estudiantes aventajados como a estudiantes con deficiencias (atención a las diferencias individuales), y realizará sus consideraciones, tanto en sentido del análisis realizado por los estudiantes, como de su propio pensamiento diagnóstico, aportando elementos derivados de su experiencia personal.

El resultado de este momento del pase de visita puede consistir en las siguientes dos posibilidades:

- Primera, un listado de posibles diagnósticos (hipótesis), de número variable y elaborado con un enfoque probabilístico (afecciones más probable, afecciones menos probable).

Esta es la situación típica de los pacientes que ingresan con diagnóstico al nivel de síndromes o síntomas capitales: fiebre, ictericia, hemoptisis, paraplejia, ascitis; son los llamados "pacientes en estudio". También en esta situación se encuentran los pacientes que presentan una afección aguda: neumonía, meningoencefalitis, infarto agudo del miocardio, leptospirosis.

- Segunda, la identificación de una afección crónica descompensada: asma bronquial, diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca, cirrosis hepática.

La importancia de la distinción de estas dos situaciones, tanto en el orden asistencial como didáctico, radica en que en la segunda de ellas el profesor debe redirigir el ejercicio de razonamiento médico de los estudiantes, una vez identificada la descompensación de la enfermedad crónica, hacia el análisis e identificación del factor que descompensa o descontrola la enfermedad. El profesor hará siempre énfasis en la necesidad de este paso para realizar un apropiado manejo del caso y con ello, la solución de la situación del paciente.

De cualquier manera, ya sea en el caso de un resultado o del otro, sería muy productivo en el plano didáctico, que el profesor creara las condiciones para que los estudiantes, en el propio proceso de planteamiento de los posibles diagnósticos y su fundamentación, "descubran" la necesidad de buscar determinada información clínica no contemplada anteriormente en el momento correspondiente a la obtención de información clínica; porque es precisamente en este momento, en el de la interpretación de esa información, que puede surgir la necesidad de preguntar o examinar algo para utilizarlo como

un elemento a favor o en contra de determinado planteamiento diagnóstico. El profesor, intencionalmente, puede haber ocultado o no indagado en algunos datos clínicos, creando con ello las condiciones para el "descubrimiento" de esos datos y de su necesidad por parte de los propios estudiantes. Con esto se logra una indiscutible maximización del necesario carácter problémico del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Obsérvese que, hasta este momento, todo el abordaje del diagnóstico ha sido netamente clínico. Y este es un enfoque que todo profesor debe intentar fortalecer en los estudiantes, como una prioridad en su actividad formativa.

Pero no pocos pacientes son asistidos en nuestros Departamentos de Urgencias trayendo consigo exámenes complementarios realizados en el medio comunitario; muchos menos pacientes estarán presentes en nuestras salas de hospitalización sin estos exámenes al ser atendidos por vez primera por los médicos de asistencia en dichas salas, pues ya varios exámenes se le habrán realizado. De hecho, enseñamos a nuestros alumnos que los exámenes complementarios realizados a un paciente, y sus resultados, forman parte del cronopatograma de la historia de la enfermedad actual.

Hay que reconocer que, por las más variadas razones que hemos expuesto en trabajos previos y donde hemos ejemplificado dichas razones con diversas situaciones de la práctica, la "clínica" no siempre aporta los elementos suficientes y necesarios para una adecuada orientación diagnóstica. En estos casos, los exámenes complementarios, quienes pueden tener diferentes funciones en la asistencia médica, pasan a ocupar un lugar más protagónico en el proceso diagnóstico. Muchos diagnósticos se basan indisolublemente, en información clínica-complementaria: el infarto del miocardio, la neumonía, la diabetes descompensada, por solo citar algunos ejemplos.

Es por ello que, en la secuencia de acciones por las que transita la actividad de pase de visita, le corresponde al profesor introducir en el ejercicio que se realiza el análisis de la información proveniente de los exámenes complementarios que hayan sido anteriormente realizados en el paciente; información que será integrada coherentemente al contexto clínico del enfermo para tener como resultante de ello, en el mejor de los casos, un nivel superior de conocimiento del problema del paciente; un nivel superior del diagnóstico.

En el orden práctico, este momento de la actividad sólo tendrá lugar si en la atención previa del paciente (ambulatoria, Departamento de Urgencias) le han sido realizados exámenes complementarios. Los resultados de estos exámenes serán expuestos por el estudiante y analizados por el grupo, con énfasis en la descripción de radiografías y electrocardiogramas. Existe la posibilidad incluso, de que los resultados de los exámenes complementarios que sean analizados induzcan la necesidad de volver a buscar información clínica en el paciente. Se realizará entonces, una revaluación diagnóstica, pasando del diagnóstico netamente clínico al diagnóstico más precisado, al diagnóstico más "definitivo".

Aquí es necesario reiterar un recurso didáctico de importancia manifiesta para el desarrollo cognitivo de los estudiantes. El profesor debe intentar que, antes de hacer mención a los exámenes ya realizados en el paciente y su interpretación, y siempre trasladando mentalmente al grupo de estudiantes al contexto del nivel primario, estos propongan los exámenes que indicarían en la situación analizada y, en la medida de lo posible, anticipen los resultados que se esperan.

Igualmente, el profesor debe siempre enfatizar en la importancia que tiene contrastar los resultados del nuevo análisis diagnóstico realizado por el colectivo con la interpretación realizada al momento del ingreso del paciente; o sea, entre los diagnósticos ahora planteados y la impresión diagnóstica inicial. Paso este indispensable para ratificar dicha impresión diagnóstica o realizar las correcciones en el diagnóstico que se estimen convenientes. En otras palabras, es un acto neto de revaluación diagnóstica de máxima importancia para el paciente, en el orden asistencial. Con ello, los participantes en la actividad decidirán si se deben asumir tácitamente los diagnósticos "de admisión" del paciente, si se deben añadir nuevos diagnósticos o si se realiza una interpretación diagnóstica diferente.

Es muy importante reiterar, y comprender, que hasta este punto del pase de visita toda las acciones desarrolladas por el colectivo han estado en función de reconstruir, de una forma pormenorizada y detallada, la historia del

paciente; todo ello dirigido en esencia, a la revaluación del diagnóstico del enfermo, lo cual consideramos de capital importancia, tanto en el orden asistencial como en plano formativo. Dicho de otra manera, el análisis diagnóstico se ha realizado con los elementos obtenidos hasta el momento del ingreso; sin tener en cuenta los elementos surgidos posteriormente a la admisión del paciente.

Una vez realizada esta revaluación diagnóstica que, valga la reiteración, conduce invariablemente a asumir una posición en relación con el diagnóstico de admisión del paciente (se ratifica, se modifica parcialmente, cambia de forma radical), le corresponde entonces en la secuencia de acciones de la actividad de pase de visita al análisis de los acontecimientos ocurridos a partir de la hospitalización del paciente.

Esto significa que se inicia un nuevo ciclo de obtención de información-interpretación de información, dirigido fundamentalmente a evaluar la evolución del paciente en las pocas horas de atención hospitalaria. La dinámica del citado ciclo estará determinada entonces por la clasificación del enfermo en si es un paciente "en estudio" o si es un paciente "bajo tratamiento" por alguna afección aguda o crónica descompensada; dinámica que será detallada posteriormente. Lo que sí es necesario dejar aclarado aquí es que, fundamentalmente en el caso de pacientes "bajo tratamiento", la interpretación de la información tiene necesariamente que contemplar un juicio evolutivo definido: el paciente está mejor, igual o peor; y para ello, la nueva obtención de información debe estar dirigida fundamentalmente hacia la conformación de dicho juicio evolutivo.

En este mismo sentido, deberá ser analizada la información proveniente de enfermería, ya sea obtenida verbalmente o mediante la revisión de sus notas del día previo en la historia clínica; y será revisada además, la hoja de signos vitales. La evolución realizada por enfermería debe ser firmada y acuñada, como constancia de su lectura.

Queda por añadir la utilidad que puede tener este segundo ciclo de obtención-interpretación de información dirigido al análisis de la evolución del paciente, en la propia revaluación diagnóstica realizada previamente. En no pocas ocasiones, y a pesar del relativamente escaso tiempo de intervención sobre el paciente, es la evolución posterior al ingreso, analizada esta en correspondencia con la respuesta esperada al tratamiento, un elemento de gran peso a utilizar para ratificar o cuestionar la interpretación diagnóstica realizada.

Para finalizar este momento del proceso de atención médica, el profesor hará un resumen del estado del "diagnóstico" del paciente, lo cual incluye además de un juicio evolutivo, la ubicación del paciente en alguna de las siguientes tres situaciones, lo cual será de importancia para el próximo momento del proceso:

- Pacientes cuyo diagnóstico aún es incompleto por encontrarse al nivel del diagnóstico de síntomas capitales o de síndromes.
- Pacientes con afecciones agudas.
- Pacientes con descompensación de afecciones crónicas.

Como ha sido desarrollado, en este segundo momento de la actividad de pase de visita, los estudiantes se ejercitan en las habilidades de razonamiento o juicio diagnóstico (análisis-síntesis, inducción-deducción, abstracción-concreción, generalización, comparación), que son las que permiten una adecuada y productiva utilización de la información obtenida del paciente en función del diagnóstico de sus afecciones. De igual manera, retoman las relacionadas con el interrogatorio y el examen físico del paciente; y se ejercitan en las habilidades relacionadas con la indicación e interpretación de los exámenes complementarios y en la relacionada con la expresión escrita de la información en la historia clínica. También en este momento del pase de visita se ha trabajado en la formación en los estudiantes de capacidades para expresar verbalmente sus opiniones, su pensamiento; para argumentar y defender puntos de vista, así como para la crítica constructiva y el trabajo en equipo.

◦ Tercer momento: la toma de decisiones

La toma de decisiones con el paciente constituye el tercer gran momento en la atención a un enfermo; este acto de decidir se asocia fundamentalmente con la etapa correspondiente al "tratamiento". A partir de este momento del pase de visita la actividad, en su lógica de ejecución, puede seguir diferentes rumbos en dependencia de las tres situaciones en que puede encontrarse el proceso de atención

médica al paciente, las cuales ya fueron mencionadas en el momento anterior.

a) Pacientes con diagnóstico incompleto (pacientes "en estudio").

En realidad, en esta situación, el proceso de atención médica al enfermo aún se encuentra enmarcado en la etapa de "diagnóstico". Por tanto, más que tomar decisiones terapéuticas impactantes en la solución del estado de enfermedad del paciente, el objetivo principal de este momento del pase de visita en los pacientes en esta situación, tanto en lo asistencial como en lo docente, radica en el **diseño del plan de investigaciones a ejecutar dirigido al esclarecimiento de la situación diagnóstica del paciente**. Secundariamente, este momento persigue como objetivo la **determinación de las acciones terapéuticas que sean necesarias**.

Al existir en estos pacientes un número variable de hipótesis diagnósticas de mayor o menor probabilidad (las cuales han sido planteadas y fundamentadas en momentos previos del pase de visita, como ya fue abordado), la actuación del profesor debe ir dirigida a estimular en los estudiantes la proposición del plan de investigaciones complementarias a realizar en el paciente, con la consiguiente determinación de prioridades, urgencia y distribución secuencial. En otras palabras, qué exámenes complementarios indicar, en qué orden y con qué inmediatez; para ello serán utilizados los contenidos relacionados con las indicaciones, contraindicaciones y valores predictivos de las pruebas complementarias, apoyados en una visión de riesgo/beneficio y de costos, y estimulando la racionalidad en las indicaciones. En el plano didáctico y a partir de la valoración que haga el profesor, se considera de utilidad incluso, solicitar a los estudiantes la fundamentación de sus proposiciones y una anticipación a los posibles resultados a obtener en consonancia con las hipótesis planteadas.

Mención adicional merece que, en este punto del ejercicio, el profesor debe tener siempre en cuenta el contexto concreto en que se está desarrollando la actividad (medio hospitalario), así como el contexto posterior en que posiblemente ejercerá gran parte del personal en formación que acompaña al profesor en la actividad (proyección comunitaria en la formación del médico general); resaltando las diferencias de recursos para estudio entre ambos contextos, y las limitaciones de dichos recursos en los diferentes escenarios que componen el nivel primario de asistencia médica (consultorio, policlínico, posta médica, zonas de difícil acceso). En este punto de la actividad se da una nueva oportunidad para que el profesor realce una vez más, la importancia del desarrollo de las herramientas clínicas del médico.

No se debe dejar de mencionar la importancia de revisar qué exámenes propuestos por el grupo ya han sido realizados al momento de la asistencia médica; así como aquellos que tienen su solicitud de realización confeccionada y están pendientes de turnos, o aquellos que ya tienen su turno pero están pendientes de realización, en todos los cuales habrá que verificar la calidad de la indicación (datos completos, información clínica relevante).

Aunque como ya se señaló previamente en esta situación de "pacientes en estudio" aún se está trabajando en el conocimiento del problema del enfermo, en el diagnóstico, estos enfermos pueden necesitar algún manejo terapéutico determinado fundamentalmente por la existencia de ciertos síntomas en el contexto clínico; síntomas que deben recibir atención por parte del médico. De hecho, cuando estos pacientes son asistidos por vez primera por el GBT, ya están recibiendo algunas acciones terapéuticas, que consisten fundamentalmente en un tratamiento general y sintomático: manejo dietético, grado de actividad física, alivio del dolor, antitérmicos, antieméticos; así como las acciones de enfermería.

El profesor cuenta con dos variantes para manejar didácticamente la enseñanza-aprendizaje de cómo decidir estas acciones terapéuticas. En la primera, se trabajará directamente y de forma grupal con el plan terapéutico que ya trae el paciente; se procede en este caso a ratificarlo íntegramente o realizar las modificaciones necesarias. En la segunda, de mayor grado de complejidad, el profesor estimulará a los participantes a diseñar un plan para después cotejarlo con el que ha recibido el paciente hasta ese momento, y tomar entonces las decisiones definitivas.

De cualquier forma, el profesor dejará explícitamente señalada la necesidad de valorar los resultados de las acciones terapéuticas hasta ese momento recibidas por el paciente, con el consiguiente análisis de la conveniencia o no de modificaciones en estas; aspecto en el cual se

profundizará posteriormente. Adicionalmente, el profesor velará porque los estudiantes no pasen por alto algún tratamiento habitual del paciente para afecciones de base, de existir estas, y la exploración del cumplimiento del tratamiento por el personal de enfermería.

Todas las decisiones terapéuticas se concretarán en las indicaciones médicas, las que serán revisadas y firmadas por el profesor.

b) Pacientes con afecciones agudas y pacientes con afecciones crónicas descompensadas (pacientes "bajo tratamiento").

En estas dos situaciones, en las que el diagnóstico está razonablemente definido, se procede a desarrollar en la actividad de pase de visita la etapa de tratamiento del proceso de atención médica. El objetivo fundamental en este momento de la toma de decisiones, consiste entonces en el **rediseño del plan terapéutico a aplicar a partir de la revaluación diagnóstica realizada y del juicio evolutivo determinado en el momento anterior.** Adicionalmente, es objetivo de este momento la **identificación de exámenes complementarios cuya indicación permita una mejor valoración de la situación diagnóstica del enfermo.**

Para llevar a cabo este momento de la actividad el profesor cuenta con dos variantes de ejecución (similar a como se expuso en la situación de "pacientes en estudio"), determinado fundamentalmente por el grado de conocimientos de los estudiantes en la afección en cuestión y por el tiempo disponible para el desarrollo de la actividad.

En la primera variante, y siempre después de haber determinado la conducta con el paciente (necesidad de traslado a otra unidad por empeoramiento clínico o continuidad de la atención en el lugar, por ejemplo), se parte del plan terapéutico elaborado al momento del ingreso para determinar la conveniencia de su continuidad con o sin modificaciones.

En la segunda variante, se procede a realizar el ejercicio de diseñar colectivamente el plan terapéutico sin tener en cuenta las decisiones iniciales para, seguidamente, cotejarlo con el plan elaborado al ingreso, y tomar las decisiones definitivas.

En cualquiera de las dos variantes, el profesor tendrá en cuenta los conceptos de conducta y manejo terapéutico, se organizará el plan terapéutico en medidas no farmacológicas y medidas farmacológicas, y se seguirá la lógica de proposición de opciones, su evaluación (elementos a favor o en contra para su aplicación) y la selección de las más adecuadas según las particularidades del paciente (individualización de las decisiones) y a partir de la utilización de una amplia gama de factores biológicos, sociales, psicológicos, culturales e, incluso, relacionados con las condiciones materiales existentes en el escenario laboral.

El profesor estará contribuyendo de esta forma a reforzar en los estudiantes la concepción biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, el enfoque holístico de la práctica médica y la individualización en las decisiones médicas. Puede incluso, que sea necesario "buscar" la información relacionada con estos factores en este momento de la atención al paciente, como expresión de la interrelación que se da entre la toma de decisiones terapéuticas y la obtención de información clínica o complementaria.

Al igual que en la situación anterior, el profesor velará porque no se pase por alto el tratamiento para afecciones de base, ni las acciones de enfermería; así como la exploración del cumplimiento del tratamiento por el personal de enfermería. Todas las decisiones terapéuticas se concretarán en las indicaciones médicas, las que serán revisadas y firmadas por el profesor.

De suma importancia se considera el esfuerzo del profesor en hacer ver la importancia de la identificación y corrección, de ser posible, del factor de descompensación en el caso de los pacientes con afecciones crónicas descompensadas. Igualmente, en el plano docente, será de gran utilidad que el profesor "traslade" mentalmente al grupo de estudiantes al contexto laboral comunitario en el ejercicio del diseño del plan terapéutico, lo que lleva implícito la contextualización de las opciones de conducta y de manejo terapéutico a utilizar en el análisis, a las propias del posterior escenario laboral del profesional (enfoque comunitario en la formación del médico general).

Por último, adicionalmente en estos pacientes, el profesor deberá velar porque los estudiantes identifiquen la necesidad de, concomitantemente a la toma de decisiones terapéuticas, indicar exámenes complementarios que permitan una mejor valoración de la situación del enfermo, por

lo que debe estimular la proposición y fundamentación de estos, así como la predicción de los posibles resultados a esperar. Se velará por la calidad de la solicitud escrita en aquellos indicados.

En sentido general, en el momento correspondiente a la toma de decisiones los estudiantes se ejercitan en la adquisición de habilidades del pensamiento, en habilidades relacionadas con la indicación de los exámenes complementarios, en la habilidad de toma de decisiones terapéuticas, y en las habilidades para expresar verbalmente sus opiniones, para argumentar y defender puntos de vista, así como para la crítica constructiva y el trabajo en equipo.

- Conclusiones.

Una vez terminado el momento de toma de decisiones sobre el paciente, y a manera de conclusiones en el caso, el profesor hará un resumen de los aspectos más importantes: situación diagnóstica del paciente, programa de investigaciones que se propone y tratamiento; a la par que orientará la transcripción de dicho resumen, a manera de comentario, en la evolución médica del día que en este caso se corresponde con la primera evolución, la cual debe poseer su estructura completa que incluye la impresión diagnóstica.

El profesor aprovechará para revisar el completamiento de la historia clínica, orientará alguna otra tarea concreta de ser necesario (por ejemplo: realizar correcciones en la evolución o en el resto de la historia clínica, escribir comentario médico en la evolución del día, realizar rediscusión diagnóstica, hacer indicaciones de exámenes complementarios, buscar o resumir una historia clínica anterior, revisar con más profundidad un determinado tópico en forma de estudio independiente, realizar una gestión administrativa) y dará la información necesaria al paciente y su acompañante, indagando en particular por la satisfacción percibida acerca de la atención y estancia hospitalaria.

También podrá realizar algún comentario adicional que exprese, por ejemplo, enseñanzas particulares del caso, o para trasmitir experiencias previas de interés instructivo o educativo. Aunque se pudo haber realizado puntualmente durante el desarrollo de la actividad, no podrá faltar en estas conclusiones la exposición de juicios valorativos acerca del desempeño de los participantes, lo cual puede o no acompañarse de las correspondientes calificaciones.

Una versión simplificada de este modelo se presenta en el anexo 1.

II.2- Modelo de pase de visita: variante “situación de caso conocido”

El modelo de pase de visita correspondiente a la variante “situación de caso conocido” comparte muchos de los elementos expuestos en el modelo de pase de visita para la variante “situación de caso nuevo”, aunque posee algunos rasgos distintivos.

- Primer momento: La obtención de la información clínica.

El objetivo fundamental de este momento, en esta variante, depende si se trata de un paciente “en estudio” o de un paciente “bajo tratamiento”. En el primer caso el objetivo consiste en la **elaboración del contexto clínico del paciente para el esclarecimiento diagnóstico**; en el segundo caso consiste en la **elaboración del contexto clínico del paciente para evaluar la evolución del enfermo**, como resultado de la respuesta a las decisiones terapéuticas aplicadas.

Se propone que este momento, de manera más o menos uniforme, se inicie con una rememoración muy general del paciente y su situación, lo cual estará a cargo del estudiante asignado al enfermo. Este recuento preliminar, de utilidad práctica evidente en la contextualización diaria del enfermo, pudiera estar constituido por el nombre del paciente (contribuye a la personalización del enfermo), su edad, los días que lleva hospitalizado, algún antecedente personal de relevancia y la situación diagnóstica en que se encuentra en ese momento. Ejemplos pudieran ser los siguientes:

“Paciente Juana María, de 76 años, diabética e hipertensa, que lleva tres días hospitalizada por un síndrome anémico de aparente instalación progresiva.”

“Paciente Alfredo, de 65 años, gran fumador, hospitalizado desde hace cinco días por exacerbación de EPOC debido a una neumonía bacteriana”.

Seguidamente, el estudiante presentará la

información del enfermo correspondiente a las 24 horas previas, recogida mediante el interrogatorio y el examen físico; como es lógico, primero se hará referencia a la anamnesis y después a la exploración del enfermo.

El profesor exigirá al alumno que haga énfasis en la evolución de las manifestaciones ya presentes en el paciente; así como en la aparición de nuevas manifestaciones clínicas que pudieran ser de utilidad en el esclarecimiento del diagnóstico. Adicionalmente, en el interrogatorio, siempre se indagará en necesidades básicas del ser humano, como son el sueño, la alimentación, la diuresis, la defecación y el estado afectivo.

En cuanto al examen físico se le pedirá al estudiante profundizar en los aparatos y sistemas afectados; y nunca deberá faltar la alusión a los signos vitales. Pero también es muy importante que los profesores inculquen en sus estudiantes la utilidad de buscar cada día en el enfermo, nuevos signos que puedan arrojar claridad en el diagnóstico.

En el caso de los pacientes “bajo tratamiento”, a diferencia de los pacientes “en estudio”, al estar sometido el enfermo a un tratamiento concreto, se debe hacer mayor énfasis en la información dirigida hacia la valoración evolutiva del paciente, así como a la identificación de efectos secundarios de los medicamentos utilizados.

No obstante, aunque el profesor dejará claro que en la asistencia al paciente “bajo tratamiento” se está trabajando en el momento del método clínico correspondiente a la “evaluación de las decisiones tomadas” (según el modelo de método clínico diagnóstico-terapéutico), siempre debe haber una intención adicional de la obtención de información dirigida a la revaluación del diagnóstico inicial, fundamentalmente en aquellos enfermos que no mejoran, así como a la identificación de posibles complicaciones (nuevos diagnósticos).

La información aportada por el estudiante en este momento debe ser ratificada o rectificada por el resto de los estratos participantes en la actividad (internos, residentes) y, en última instancia, verificada por el profesor en comunicación directa con el paciente, lo que permitirá trabajar con datos clínicos lo más precisos posible. También el profesor debe intentar que el estudiante utilice todas las fuentes de información sobre la evolución del paciente; ello obedece a que hay situaciones en las cuales el paciente no coopera (o no es totalmente confiable), entonces el acompañante, los acompañantes de otros pacientes y hasta los otros pacientes aledaños se convierten en importante fuente de datos. Incluso, en el segundo de los casos, la “triangulación” de la información es un recurso de utilidad práctica evidente.

De estar presente en el pase de visita algún personal de enfermería, se le solicitará información acerca del paciente; en cualquier caso se procederá a revisar las notas de enfermería del día previo en la historia clínica, así como la hoja de signos vitales. La evolución realizada por enfermería debe ser entonces firmada y acuñada, como constancia de su lectura. El profesor aprovechará la utilización de la historia clínica para revisar la calidad de la información recogida por el estudiante en la evolución médica del día, haciendo un análisis colectivo de la misma y las correcciones necesarias.

Una alternativa en la ejecución de este momento del pase de visita consiste en la solicitud sorpresiva de la presentación de la información por algún otro miembro del GBT, por ejemplo, el interno o el residente que comparten la atención del paciente. Este cambio permitiría evitar la frecuentemente observada distribución del trabajo que realizan incorrectamente los integrantes del GBT, en la cual el estudiante se encarga de la evolución, el interno de las indicaciones terapéuticas, y el residente de hacer gestiones y coordinaciones que se pueden realizar en otro momento.

El profesor puede aprovechar la oportunidad para explorar en los estudiantes el grado de adquisición de habilidades relacionadas con el examen físico, acompañado de las correcciones y demostraciones correspondientes, de ser necesario. También puede profundizar en aspectos teóricos relacionados con las manifestaciones clínicas encontradas en el paciente, como son por ejemplo, los mecanismos fisiopatológicos involucrados en el caso particular que se analiza.

- Segundo momento: Interpretación de la información

Este momento tiene como objetivo la **revaluación de las hipótesis diagnósticas** (en pacientes “en estudio”) o la **conformación de un juicio evolutivo** (en pacientes “bajo

tratamiento").

Primeramente, el profesor conducirá el debate acerca de la información clínica obtenida en el momento anterior, la cual será analizada en función de la "ganancia" o "pérdida" en las probabilidades de las hipótesis diagnósticas que se han manejado para el caso particular, y lo cual incluye la posibilidad del planteamiento de nuevas hipótesis (fundamentalmente en pacientes "en estudio"). En el caso de los pacientes "bajo tratamiento", el profesor conducirá la interpretación de la información hacia la evolución del paciente; además de la revaluación del diagnóstico inicial, la identificación de complicaciones y la identificación de efectos secundarios de la terapéutica.

Se solicitará seguidamente, la exposición de los resultados de los exámenes complementarios recién llegados, con ejercitación en la interpretación de los mismos y la correspondencia de estos resultados con las hipótesis en investigación, para los pacientes "en estudio". En los pacientes "bajo tratamiento" el profesor estimulará la interpretación de los resultados de dichos exámenes en función del estado evolutivo del paciente, y hacia el establecimiento de correspondencia o no con el estado clínico del enfermo y con la interpretación diagnóstica inicial. Se podrá realizar también una rememoración de los resultados más relevantes de exámenes complementarios ya vistos en días previos.

Se intentará dentro de lo posible, la participación escalonada de los diferentes estratos participantes. Igualmente se solicitará al estudiante responsable del enfermo (o al interno, o al residente), la información relacionada con los exámenes pendientes de realización (estudios imagenológicos o endoscópicos generalmente) o pendientes de los resultados (biopsias, citologías o cultivos, por ejemplo).

Para finalizar este momento, el profesor hará una síntesis del nuevo estado del "diagnóstico" del paciente, que abarca desde la mención de hipótesis que pierden probabilidades hasta la confirmación de alguna, pasando por el surgimiento de nuevas hipótesis y la necesidad de revaluar la propia historia clínica hasta ese momento obtenida. En todos los pacientes pero fundamentalmente en aquellos "bajo tratamiento", el profesor hará énfasis en la interpretación evolutiva: el paciente está mejor, igual o peor.

El profesor procederá entonces a la revisión (y corrección) de la "evolución médica" en la historia clínica.

- Tercer momento: Toma de decisiones

Dos objetivos pueden ser identificados en este momento del pase de visita, para los pacientes en la situación de "caso conocido".

Primero, el **rediseño del plan de investigaciones a ejecutar dirigido al esclarecimiento de la situación diagnóstica del paciente.** Este objetivo tiene preponderancia en los pacientes "en estudio".

Segundo, el **rediseño del plan terapéutico a aplicar a partir de la revaluación diagnóstica realizada y del juicio evolutivo determinado en el segundo momento**. En los pacientes "bajo tratamiento" este objetivo es el que presenta mayor relevancia.

En los pacientes "en estudio", el profesor precisará con los estudiantes la necesidad de indicar nuevas investigaciones complementarias, o la no realización de algunas ya indicadas, a partir del análisis diagnóstico realizado previamente y teniendo en cuenta, como elemento determinante, las particularidades concretas del paciente que se está asistiendo.

El profesor exigirá la fundamentación de cada examen propuesto y tratará de que los propios estudiantes anticipen los resultados que se esperan; estimulando con ello un enfoque racional en el empleo de las pruebas complementarias.

Este enfoque racional se verá enriquecido cuando se estimula en los participantes el análisis de la conveniencia o no de la realización de las pruebas propuestas, a partir por ejemplo, del debate en el grupo acerca de la posible existencia de contraindicaciones absolutas en el paciente para la realización de estas, o el análisis costo/beneficio en el caso de la existencia de contraindicaciones relativas. El aspecto económico no deberá ser obviado en estos análisis; ni tampoco la factibilidad para la realización de las pruebas, considerando para ello los diferentes escenarios laborales (consultorio, policlínico, hospital).

Hay otras dos cuestiones más de importancia a señalar en este momento. Primera, que se verificará por el profesor la calidad en el llenado de los modelos de las pruebas complementarias indicadas. Segunda, que el profesor mostrará a los estudiantes el proceso de comunicación dirigido a la solicitud del consentimiento informado del paciente para la realización de pruebas molestas o invasivas.

Si no se realizó en el momento anterior, se revisará qué exámenes propuestos ya han sido realizados y están pendientes del resultado y que exámenes están indicados pero pendientes de turnos.

Seguidamente, el profesor revisará con los estudiantes el plan terapéutico del paciente, analizando la conveniencia de mantenerlo o la necesidad de realizar modificaciones al mismo (retirar o añadir fármacos, modificar dosis). Recordemos que, para los pacientes "en estudio", en esta etapa del proceso de atención médica en la cual aún no se posee un diagnóstico concreto del problema de salud del enfermo, generalmente el plan terapéutico está constituido por una serie de acciones que incluye las de enfermería (añadido a un tratamiento de base, de existir alguna afección crónica en el paciente), y no por un tratamiento específico.

La revisión del plan terapéutico abarca el cumplimiento del tratamiento por el personal de enfermería y la búsqueda activa de efectos secundarios.

En caso de haberse llegado a un diagnóstico del problema del paciente, se procederá, bajo la conducción del profesor, a la reestructuración del plan terapéutico siguiendo la misma lógica expuesta en la toma de decisiones terapéuticas en la atención a pacientes con afecciones agudas y pacientes con afecciones crónicas descompensadas, presentado en el modelo de pase de visita para la variante "situación de caso nuevo": proposición de opciones de solución, evaluación de dichas opciones y la selección de las más adecuadas.

En cualquier caso, el profesor velará por un enfoque integral en las decisiones terapéuticas, lo cual implica considerar en su proceso de selección las particularidades del paciente en las más variadas esferas (biológica, social, psicológica, cultural) y los diferentes contextos de actuación. No se puede olvidar la inclusión en el manejo terapéutico de las acciones de enfermería.

Todo este ejercicio de decisión terapéutica se concretará en las indicaciones médicas, las cuales serán revisadas y firmadas por el profesor.

En los pacientes "bajo tratamiento", las principales decisiones estarán enfocadas en el área del plan terapéutico. Recordemos que en esta situación generalmente los pacientes tienen un plan terapéutico definido, por lo que el profesor conducirá la revisión del mismo; siempre estimulando en los estudiantes la aplicación de los conceptos de conducta y de manejo terapéutico, así como la organización de este último en medidas terapéuticas no farmacológicas y medidas terapéuticas farmacológicas. La revisión incluye el cumplimiento del tratamiento por el personal de enfermería y la consideración de efectos secundarios de los fármacos. También se velará por un enfoque integral en las decisiones terapéuticas y por la precisión de las acciones de enfermería.

Al igual que en los pacientes "en estudio", las decisiones terapéuticas serán plasmadas en las indicaciones médicas, y revisadas y firmadas por el profesor.
En el caso de que se decida el alta del paciente, se orientará la confección de la hoja de egreso y serán precisados por el grupo de educandos todos los aspectos relacionados con el tratamiento y el plan de seguimiento, lo cual le será explicado al paciente y su acompañante.

Se volverá a hacer énfasis en que la evaluación de las decisiones que se realiza en esta situación (pacientes "bajo tratamiento") está soportada fundamentalmente en las mismas herramientas clínicas: el interrogatorio y el examen físico. Adicionalmente en estos pacientes, el profesor también deberá velar porque los estudiantes identifiquen la necesidad de, concomitantemente a la toma de decisiones terapéuticas, indicar exámenes complementarios que permitan una mejor valoración de la situación del enfermo, por lo que debe estimular la proposición y fundamentación de estos, así como la predicción de los posibles resultados a esperar.

Las variantes para llevar a cabo este momento de la actividad, así como otros aspectos importantes a considerar (como el manejo de los factores de descompensación en las afecciones crónicas), han sido abordadas en el modelo de pase de visita para la variante "situación de caso

nuevo", específicamente para los pacientes con afecciones agudas y pacientes con afecciones crónicas descompensadas.

- Conclusiones.

Los elementos a considerar en las conclusiones del caso son similares a los expuestos en el modelo anterior, salvo que ya no se trata de la primera evolución.

La versión simplificada de este modelo se presenta en el anexo 2.

III.- Condiciones a considerar para la ejecución del pase de visita docente asistencial

La ejecución de un pase de visita de calidad requiere, además del accionar descrito en el modelo desarrollado, y con independencia de la variante que se trate (situación de "caso nuevo" o situación de "caso conocido"), de la consideración de una serie de elementos en calidad de **condiciones**; las cuales están enmarcadas tanto en la dimensión asistencial de la actividad como en la dimensión docente educativa.

III.1.-Condiciones de índole fundamentalmente asistencial

En el orden asistencial son reconocidas las siguientes condiciones:

- Ejecutar una asistencia médica con pleno apego a la lógica del método clínico.
- Transitar durante la ejecución del proceso asistencial por los momentos de obtención de información, de interpretación de información y de toma de decisiones.
- Crear y mantener un clima afectivo propicio para la relación médico-paciente mediante un trato amable, cortés y respetuoso.
- Establecer un proceso de comunicación (verbal y extraverbal) adecuado, que considere todas las exigencias técnicas establecidas para una correcta entrevista médica, la realización del examen del paciente y la proposición de pruebas complementarias o de determinadas opciones de tratamiento; evitando particularmente la ocurrencia de iatrogenia.
- Tener en cuenta el origen multifactorial de una gran diversidad de problemas de salud y la naturaleza biológica, psicológica y sociocultural de estos.
- Utilizar apropiadamente todas las fuentes de información posible, además del paciente como fuente principal.
- Tener en cuenta las particularidades del paciente, la singularidad de cada enfermo; mostrar además, integralidad en el diagnóstico de los problemas del paciente.
- Considerar las circunstancias y condiciones materiales concretas en que se efectúa la asistencia al enfermo (contextualización de las decisiones), haciendo énfasis adicionalmente en las condiciones del nivel primario de atención médica.
- Mantener un comportamiento ético permanentemente, así como la aplicación de principios bioéticos.
- Considerar la dimensión preventiva y de promoción de salud de la asistencia médica, aún en la atención a individuos ya enfermos.

III.2.- Condiciones de índole fundamentalmente didáctica

- Utilización de conceptos y elementos teóricos de reconocida vigencia o actualidad, garantizando con ello el rigor científico de la actividad.
- Propiciar una participación activa de los estudiantes, con particular atención a las diferencias individuales sobre la base del nivel de desarrollo y dominio de conocimientos previos.
- Promover la participación de los diferentes estratos de educandos presentes en la actividad, preferentemente de forma escalonada, y regulando apropiadamente el grado de exigencia (nivel de profundidad del contenido) para cada uno de ellos.
- Garantizar una adecuada comunicación profesor-estudiantes y entre los propios estudiantes, de forma tal que le permita al profesor cumplir su rol de conductor de la actividad y a los estudiantes la exposición y defensa de opiniones, así como la crítica constructiva.
- Realizar un adecuado control y evaluación del aprendizaje de los estudiantes, utilizando fundamentalmente la función de retroalimentación de la evaluación; promover particularmente la autoevaluación.
- Ser reiterativo en el trabajo con las invariantes

de conocimiento y de habilidades; priorizando en ello la atención a los problemas de salud más importantes.
- Hacer consciente en los estudiantes los objetivos de aprendizaje a través de las habilidades a adquirir.
- Comprobar en los pacientes los conocimientos teóricos y enfatizando la ejercitación en la adquisición de habilidades; priorizando de ser posible los contenidos según el momento del programa de la asignatura.
- Emplear cuanto recurso didáctico considere necesario para facilitar la comprensión de los contenidos abordados.
- Crear el ambiente de disciplina, orden y seriedad que la actividad necesita, pero al mismo tiempo lo suficientemente relajado, comunicativo, emotivo, sin excesiva formalidad y respetuoso a los errores y a los criterios y opiniones expresadas.
- Propiciar la motivación hacia el aprendizaje mediante la significación social del contenido.
- Velar por el cumplimiento de aspectos de la educación formal (uso apropiado del idioma, hablar en voz baja, aspecto personal y vestimenta apropiados).
- Introducir con coherencia, a partir de las circunstancias y hechos concretos que se desarrollen durante la actividad de pase de visita, los elementos de índole político-ideológicos y otros valores propios de la profesión.
- Promover y controlar sistemáticamente el reflejo del proceso asistencial ejecutado en la historia o documento clínico, con la mayor exactitud posible.
- La orientación del estudio independiente y de tareas adicionales.

IV.- Algunos comentarios adicionales necesarios

Existen varios aspectos generales acerca de la actividad de pase de visita que ameritan una reiteración y explicación al margen del modelo presentado.

En primer lugar, el pase de visita tiene que garantizar una asistencia médica óptima para el paciente. No se concibe esta actividad sin que, al término de ella, no haya quedado dilucidada la situación de salud del enfermo, ajustado por supuesto al momento evolutivo del proceso. Lo anterior significa que debe haber sido obtenida toda la información necesaria y posible, haber sido interpretada dicha información y haber sido tomadas las mejores decisiones con el enfermo; todo lo cual implica una plena utilización del método de la profesión: el método clínico. No habrá una adecuada docencia sin la realización de una adecuada asistencia.

Unido a lo anterior, y como una condición necesaria para ello, el profesor debe velar por el nivel de actualización del contenido que se utilice, por su rigor científico.

La necesidad de insistir en los profesores en la importancia de la calidad de su desempeño asistencial, ya sea en presencia o en ausencia de personal en formación, tiene otra arista ineludible. En el caso particular de estar estudiantes presentes, cada acción que el profesor realiza sobre o con el enfermo: interrogar, una maniobra al examen físico, comunicar una información, solicitar el consentimiento para una prueba compleja, constituye un acto consciente o inconsciente de "demostración" de esa acción, con el consiguiente impacto en el aprendizaje de los que observan la ejecución. No olvidemos nunca la importancia del profesor como paradigma para el personal en formación bajo su atención. Probablemente, al igual que los niños y adolescentes, el estudiante hará posteriormente más lo que vio hacer que lo que le dijeron que debía hacer.
En segundo lugar, el profesor debe tener bien presente que todo conocimiento y habilidad que se ejercite durante el pase de visita debe considerar el nivel de desarrollo que, para esa habilidad específica, se aspira en ese momento evolutivo concreto de la formación de los estudiantes; lo cual implica considerar invariablemente el nivel de desarrollo existente en los estudiantes, tanto grupal como individualmente. No es igual la exigencia en la presentación de un paciente o en la realización del interrogatorio en la tercera semana de la asignatura Propedéutica, en el primer semestre de tercer año, que en la decimoctava semana; y mucho menos finalizando la asignatura Medicina Interna, al término del segundo semestre del mismo año.

De igual manera, el estudiante no llega a la Propedéutica sin algún conocimiento del examen físico, pues ya ha trabajado con este (en individuos sanos) en los dos años precedentes de la carrera; el profesor entonces deberá realizar

un diagnóstico inicial o de entrada del nivel de desarrollo que posee el grupo en general, y cada estudiante en particular, con lo cual se intenta lograr algo nada sencillo en la práctica real: una adecuada atención a las diferencias individuales. Aquí es donde entra a jugar un efecto negativo la masividad de estudiantes en el pase de visita, por las dificultades que entraña para un profesor realizar ese diagnóstico, fundamentalmente individualizado; máxime cuando recordemos que, en principio, ese profesor está realizando al unísono su labor asistencial, como intención primaria del pase de visita.

De una manera más concreta, esta idea significa que el profesor debe regular el nivel de exigencia a los estudiantes, e individualizarlo en la medida de lo posible; o sea, regular el nivel de profundidad en el tratamiento del contenido. De hecho, recordemos también que en la actividad de pase de visita participan diferentes estratos de desarrollo en la formación médica: estudiantes, internos, residentes. Cada uno de los estratos lleva un nivel de exigencia diferente; y también dicha exigencia debe ser contextualizada al nivel de desarrollo dentro de un mismo estrato, pues, igual que fue ejemplificado anteriormente con los estudiantes de tercer año, tampoco será igual la exigencia a un residente de primer año que a un residente de tercero.

Igualmente es importante cuidar, en lo posible, el orden de participación de los diferentes estratos presentes en la actividad, de forma tal que todos los estratos participen y se mantengan involucrados en la actividad, al mismo tiempo que unos aprenden de los otros. Se dice en lo posible, pues tampoco puede convertirse ello en una camisa de fuerza que más que estimular la participación la inhiba, en el plano psicológico. Tengamos en cuenta que la excesiva formalidad suele ser contraproducente en términos de aprendizaje.

Otros aspectos abordados con anterioridad, dada su relevancia, son rememorados en este momento.

Por ejemplo, el profesor debe tener bien presente la necesidad de, en las decisiones relacionadas con la utilización de exámenes complementarios y con la terapéutica, contemplar los diferentes niveles de actuación en que se desempeñan o desempeñarán los diferentes estratos de participantes. La dificultad quizás más frecuentemente observada en este sentido radica en la no contemplación del escenario correspondiente con la comunidad, con sus condiciones particulares; cuestión muy importante en la formación de pregrado (proyección comunitaria en la formación del médico general). El considerar los distintos niveles de actuación exige también tener en cuenta durante la actividad de pase de visita el enfoque preventivo y de promoción de salud en la formación médica propio de cada uno de los contextos de actuación.

También el profesor debe considerar la necesidad de mostrar al personal en formación que la atención médica es un proceso netamente "comunicativo", lo cual implica que, en el transcurso del pase de visita no puede faltar la necesaria y suficiente comunicación del profesor con el paciente y sus acompañantes.

En consonancia con lo anterior, la conducción del pase de visita por el profesor debe garantizar la participación activa de los estudiantes, haciéndolos sentir protagonistas de la actividad, tanto en función de su aprendizaje como en la solución de la situación de enfermedad del paciente. Este sentido del papel activo del estudiante lo vincula con otro principio didáctico: la educación a través de la instrucción.

En este aspecto particular del papel activo del estudiante, la práctica cotidiana nos ha permitido observar diferentes comportamientos de los profesores en cuanto al grado de participación de los estudiantes que ellos condicionan con su actuación durante el pase de visita.

Hay profesores que se concentran solamente en asistir al paciente rodeado de los estudiantes; en este caso los estudiantes intervienen casi que en calidad de "acompañamiento", o en calidad de observadores, en el mejor de los casos. Pero aún así, a pesar de las limitaciones de esta situación, puede haber aprendizaje, dado el accionar netamente demostrativo del profesor.

En otras ocasiones, el profesor se "divorcia" tanto del paciente como de la ejercitación necesaria de los estudiantes para convertir el pase de visita en una disertación teórica acerca de la enfermedad del paciente. Indiscutiblemente, con ello está contribuyendo en alguna medida a incrementar el nivel informativo del estudiante y, por tanto, a incrementar su base teórica; pero las limitaciones de esta actuación son evidentes y significativas para la formación de habilidades.

La ejecución profesoral ideal del pase de visita implica la integración de la asistencia con la enseñanza-aprendizaje, con participación activa de todos los involucrados: paciente, profesor, estudiantes. Esta ejecución óptima exige mucho tiempo de práctica, y una gran maestría profesional.

Otro aspecto a reiterar es que, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, el profesor debe explicitar el papel de los factores biológicos, psicológicos, sociales, familiares y culturales en los dos procesos: el proceso salud-enfermedad y el proceso de atención médica (concepción biopsicosocial y cultural de estos procesos). Los citados factores pueden ser utilizados para explicitar la necesidad de individualizar a cada enfermo, tanto en la identificación de su problema de salud como en su solución.

Una habilidad particular que debe contemplar sin falta el profesor en cada paciente analizado es la habilidad para registrar de forma escrita la información clínica, y la habilidad para expresar también de forma escrita el pensamiento clínico. Por ello, el profesor debe revisar en conjunto con los estudiantes la calidad del expediente o historia clínica en sus diferentes acápites: orden de ingreso, anamnesis reciente y remota, examen físico, discusión diagnóstica, evolución médica, indicaciones médicas; así como proponer las correcciones necesarias. El momento específico de la revisión puede ser variable; se puede hacer a la par con el análisis del caso, o junto con el resumen final del paciente asistido. Lo importante es que no se deje de trabajar en el mejoramiento de la calidad de la historia clínica.

Por último, además del papel informativo, orientador y demostrativo, el papel conductor del profesor incluye, de manera muy relevante, su función de controlar la participación de los estudiantes y retroalimentarles en su desempeño, lo cual significa utilizar “productivamente” la evaluación y la coevaluación en el pase de visita. Aparejado a ello, y junto con el papel activo del estudiante, el profesor debe utilizar el pase de visita como un espacio para fomentar el trabajo en equipo, la cultura del debate, y la discusión profesional y la crítica constructiva.

CONCLUSIONES

En el pase de visita se da la integración en una misma actividad de dos procesos de clara complejidad en su desarrollo: el proceso asistencial y el proceso formativo. Por esta razón, el pase de vista posee una doble intencionalidad, derivada cada una de los respectivos procesos.

Aunque en esta dualidad de propósitos se reconoce la prioridad que tiene la función asistencial para el que dirige la actividad, desde el punto de vista docente educativo el objetivo supremo del pase de visita está relacionado con la ejercitación en la ejecución del proceso de atención médica; en el dominio de su lógica, de su dinámica, de su método; y, bajo esa intención, se produce la consolidación de los conocimientos, la adquisición de habilidades y hábitos, la transformación de la personalidad del educando.

La imbricación en uno solo de dos procesos diferentes: el proceso de atención médica y el proceso de enseñanza y aprendizaje (procesos con objetivos e intenciones diferentes), hacen precisamente del pase de visita una actividad extremadamente compleja para el profesor que la conduce; sin contar que, adicionalmente, dado su desarrollo en condiciones reales, incontables elementos circunstanciales pueden también intervenir en perjuicio de la actividad.

Será entonces fácilmente comprensible lo también complejo y arriesgado que resulta la elaboración de un modelo referencial de la actividad de pase de visita docente asistencial.

Se debe añadir también que, como representación que es, todo modelo contiene los elementos más esenciales y estables que caracterizan y conforman un determinado objeto o fenómeno de la realidad; obviando aquellos elementos que no son esenciales. Por ello, un modelo no constituye una copia fiel del objeto que este representa, sino una abstracción de sus esencialidades.

Estos elementos han determinado que el modelo presentado no haya sido considerado una representación totalmente acabada de la actividad de pase de visita. Por el contrario, la propuesta queda abierta a la crítica, al perfeccionamiento; y su utilización es concebida a través de su adecuación a las particularidades de los diferentes escenarios de aprendizaje y disciplinas.

Descargado el: 24-11-2026
ISSN 1727-897X

Anexo 1

Modelo de pase de visita para la situación de "caso nuevo"

Momento de la actividad	Objetivo	Acciones a ejecutar	Habilidades a formar
Obtención de la información clínica	Elaborar el contexto clínico del paciente para revaluar el diagnóstico inicial y conformar un juicio evolutivo.	-Exposición de la historia (de la anamnesis) del paciente, o realización del interrogatorio. Puede ser organizada la información en estos tres acápites: 1) información general del paciente, 2) anamnesis reciente (motivo de ingreso e historia de la enfermedad actual) y 3) resto de la información. -Análisis grupal (por estratos) de la calidad de la historia obtenida y presentada. Búsqueda de datos no indagados. -Aproximación inicial a las hipótesis diagnósticas, de ser posible. -Comprobación de la información expuesta por los estudiantes e interrogatorio demostrativo por el profesor, con las consiguientes correcciones a la ejecución de los estudiantes. -Exposición de la información correspondiente al examen físico de la "orden de ingreso", o realización de procedimientos y maniobras al examen físico, según características del caso. -Análisis grupal de la información del examen físico o de la realización de maniobras; verificación de datos al examen y demostración por el profesor de maniobras, de ser necesario. -Determinar necesidad de realizar nuevo interrogatorio, y proceder en caso necesario. -Contrastación de la historia elaborada con la de la orden de ingreso.	-Habilidades relacionadas con el interrogatorio y comunicativas. -Habilidades relacionadas con la realización de los diferentes procedimientos del examen físico y maniobras exploratorias. -Habilidades en la organización y presentación oral de la información obtenida. -Habilidades para expresar verbalmente las opiniones, el pensamiento; para argumentar y defender puntos de vista, así como para la crítica constructiva y el trabajo en equipo.
Interpretación de la información	Conformar las hipótesis diagnósticas y cotejar esta interpretación diagnóstica con la realizada al ingreso del paciente.	-Análisis de la información clínica y debate grupal para el planteamiento de los posibles diagnósticos (tanto sindrómicos como nosológicos). -Precisar, a partir del análisis anterior, si el paciente tiene una afección aguda, una crónica agudizada o si el diagnóstico está a nivel de síndromes o síntomas capitales. -Identificar, en caso de afección crónica descompensada, él o los factores descompensantes. -Incorporación de la informadón proveniente de exámenes complementarios al análisis, de existir esta información. -Realizar una revaluación clínica, de ser necesario. -Realizar una revaluación diagnóstica. -Contrastar los resultados del análisis diagnóstico realizado por el colectivo con la interpretación realizada al momento del ingreso del paciente. -Efectuar una evaluación evolutiva del paciente, soportada en la información clínica (y complementaria, de existir) ocurrida posterior al ingreso. Incluye lectura y firma de la "evolución de Enfermería" y revisión de hoja de signos vitales. Integración del juicio evolutivo a la interpretación diagnóstica previamente realizada. -Revisión (y corrección) de la "primera evolución" en la historia clínica. -Resumen parcial.	-Habilidades de razonamiento o juicio diagnóstico (análisis-síntesis, inducción-deducción, abstracción-concreción, generalización, comparación). -Habilidades relacionadas con el interrogatorio y el examen físico. -Habilidades relacionadas con la indicación e interpretación de los exámenes complementarios. -Habilidades para expresar verbalmente las opiniones, el pensamiento; para argumentar y defender puntos de vista, así como para la crítica constructiva y el trabajo en equipo. - Habilidad relacionada con la expresión escrita de la información en la historia clínica.
Toma de decisiones	a) Rediseñar el plan terapéutico a aplicar a partir de la revaluadón diagnóstica realizada y del juicio evolutivo determinado en el momento anterior. b) Diseñar el plan de investigaciones a ejecutar dirigido al esclarecimiento de la situación diagnóstica del paciente.	Pacientes "en estudio". -Conformar el plan de investigaciones complementarias a realizar. -Revisar qué exámenes propuestos ya han sido realizados y están pendientes del resultado, qué exámenes están indicados pero pendientes de turnos y cuales ya tienen turno pero están pendientes de realizar; verificar la calidad de la solicitud escrita de los exámenes. -Rediseñar el plan terapéutico, incluyendo las acciones de enfermería. Pacientes "bajo tratamiento". -Rediseñar el plan terapéutico. Conducta. Manejo terapéutico no farmacológico. Manejo terapéutico farmacológico. Acciones de enfermería. -Determinación de la necesidad de realizar exámenes complementarios, y proposición y fundamentación de los exámenes necesarios. Verificar la calidad de la solicitud escrita de los exámenes. Todos los pacientes. -Explorar cumplimiento del tratamiento por el personal de enfermería. -Revisión y firma de las indicaciones terapéuticas.	-Habilidades del pensamiento. -Habilidades relacionadas con la indicación de los exámenes complementarios. -Habilidad de toma de decisiones terapéuticas. -Habilidades para expresar verbalmente las opiniones, el pensamiento; para argumentar y defender puntos de vista, así como para la crítica constructiva y el trabajo en equipo.
Conclusiones		-Resumen final con orientación del comentario de la evolución médica ("primera evolución"), el cual debe contener el estado evolutivo (incluye reporte) y las decisiones tomadas, tanto las relacionadas con el programa de investigaciones como con el tratamiento. -Realización de comentarios adicionales generales, exposición de experiencias, enseñanzas. -Revisión global de la historia clínica. -Orientación de tareas. -Emitir juicio de valor acerca del desempeño de los participantes, con o sin calificación. -Información al paciente y exploración del estado de satisfacción.	- Habilidad relacionada con la expresión escrita de la información u opiniones en la historia clínica.

Descargado el: 24-11-2026
ISSN 1727-897X

Anexo 2

Modelo de pase de visita para la situación de "caso conocido"

Momento de la actividad	Objetivo	Acciones a ejecutar	Habilidades
Obtención de la información clínica	Elaborar el contexto clínico del paciente para el esclarecimiento diagnóstico (en pacientes "en estudio") o evaluar la evolución del enfermo como resultado de la respuesta a las decisiones terapéuticas aplicadas (en pacientes "bajo tratamiento").	-Rememoración inicial del caso (nombre, edad, antecedentes relevantes, estadía, situación diagnóstica general al momento). -Exposición de información del interrogatorio: 1) evolución de síntomas iniciales, 2) aparición de síntomas nuevos y 3) necesidades básicas. -Exposición de información del examen físico: 1) evolución de signos iniciales, 2) aparición de signos nuevos y 3) signos vitales. -Ratificación o rectificación de la información por resto de estratos; verificación personal por el profesor. -Incorporación de información proveniente de Enfermería; lectura y firma de la "evolución de Enfermería". Revisión de hoja de signos vitales. -Revisión (y corrección) de la información clínica en la "evolución médica".	-Habilidades relacionadas con el interrogatorio y comunicativas. -Habilidades relacionadas con la realización de los diferentes procedimientos del examen físico y maniobras exploratorias. -Habilidades en la organización y presentación oral de la información obtenida. -Habilidades para expresar verbalmente las opiniones, el pensamiento; para argumentar y defender puntos de vista, así como para la crítica constructiva y el trabajo en equipo. - Habilidad relacionada con la expresión escrita de la información en la historia clínica.
Interpretación de la información	Revaluación de las hipótesis diagnósticas (en pacientes "en estudio") o la conformación de un juicio evolutivo (en pacientes "bajo tratamiento").	-Análisis de la información clínica, en función de: las hipótesis inicialmente planteadas (fundamentalmente para casos "en estudio"). la revaluación del diagnóstico inicial (fundamentalmente para casos "bajo tratamiento"). la aparición de complicaciones (fundamentalmente para casos "bajo tratamiento"). la identificación de efectos secundarios de la terapéutica. la valoración evolutiva del estado del paciente. -Incorporación al pensamiento de la información proveniente de pruebas complementarias: 1) rememoración de resultados de interés, 2) nuevos resultados. -Nuevo abordaje clínico, de ser necesario. -Revisión (y corrección) de la "evolución médica" en la historia clínica. -Resumen parcial de la situación (diagnóstica-evolutiva) del paciente.	-Habilidades de razonamiento o juicio diagnóstico (análisis-síntesis, inducción-deducción, abstracción-concreción, generalización, comparación). -Habilidades relacionadas con el interrogatorio y el examen físico. -Habilidades relacionadas con la indicación e interpretación de los exámenes complementarios. -Habilidades para expresar verbalmente las opiniones, el pensamiento; para argumentar y defender puntos de vista, así como para la crítica constructiva y el trabajo en equipo. - Habilidad relacionada con la expresión escrita de la información en la historia clínica.
Toma de decisiones	a) Rediseñar el plan de investigaciones a ejecutar dirigido al esclarecimiento de la situación diagnóstica del paciente. b) Rediseñar el plan terapéutico a aplicar a partir de la revaluación diagnóstica realizada y del juicio evolutivo determinado en el momento anterior.	Pacientes "en estudio". -Readecuar el plan de investigaciones complementarias a realizar: necesidad de nuevos exámenes y/o suspensión de pruebas indicadas. -Revisar qué exámenes propuestos ya han sido realizados y están pendientes del resultado y que exámenes están indicados pero pendientes de turnos; verificar la calidad de la solicitud escrita de los exámenes. -Rediseñar el plan terapéutico, incluyendo las acciones de enfermería. Pacientes "bajo tratamiento". -Rediseñar el plan terapéutico. Conducta. Manejo terapéutico no farmacológico. Manejo terapéutico farmacológico. Acciones de enfermería. -Determinación de la necesidad de realizar exámenes complementarios, y proposición y fundamentación de los exámenes necesarios. Verificar la calidad de la solicitud escrita de los exámenes. Todos los pacientes. -Explorar cumplimiento del tratamiento por el personal de enfermería. -Revisión y firma de las indicaciones terapéuticas.	-Habilidades del pensamiento. -Habilidades relacionadas con la indicación de los exámenes complementarios. -Habilidad de toma de decisiones terapéuticas. -Habilidades para expresar verbalmente las opiniones, el pensamiento; para argumentar y defender puntos de vista, así como para la crítica constructiva y el trabajo en equipo.
Conclusiones		-Resumen final con orientación del comentario de la evolución médica, el cual debe contener el estado evolutivo (incluye reporte) y las decisiones tomadas, tanto las relacionadas con el programa de investigaciones como con el tratamiento. -Realización de comentarios adicionales generales, experiencias, enseñanzas. -Revisión global de la historia clínica. -Orientación de tareas. -Emitir juicio de valor acerca del desempeño de los participantes, con o sin calificación. -Información al paciente y exploración de estado de satisfacción.	- Habilidad relacionada con la expresión escrita de la información u opiniones en la historia clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso Chill O. Orientaciones metodológicas sobre la educación en el trabajo. Instrucción. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1990.

2. Álvarez Rodríguez A, Gallardo Gálvez JL. El pase de visita docente asistencial. Revista de Ciencias Médicas La Habana [revista en Internet]. 2000 [cited 28 Mar 2014] ; 6 (2): [aprox. 8p]. Available from: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol6_2_00/hab10020 0.htm.

3. Breijo Madera H, Crespo Fernández D, Torres Ruiz JB, Arencibia ME, Concepción Alfonso MI. Pase de visita en la comunidad. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río [revista en Internet]. 2010 [cited 23 Ene 2013] ; 14 (1): [aprox. 12p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000100014.

4. Corona Martínez LA. Los exámenes complementarios en la práctica médica asistencial. Algunas consideraciones útiles para el médico en formación. Medisur [revista en Internet]. 2005 [cited 19 Dic 2011] ; 3 (1): [aprox. 4p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/212.

5. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. El objeto de aprendizaje en la carrera de medicina: el proceso de atención médica y su método, el método clínico. Medisur [revista en Internet]. 2011 [cited 15 Dic 2012] ; 9 (2): [aprox. 4p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1561.

6. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. El método clínico como método de enseñanza en la carrera de medicina. Medisur [revista en Internet]. 2009 [cited 3 Jul 2013] ; 7 (6): [aprox. 2p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/653.

7. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M, Figueiras Ramos B, Hernández Rodríguez J. Vinculación de los fundamentos filosóficos del método de simulación con la modelación como método científico general de investigación. Rev Cubana Educ Med Super. 2002 ; 16 (3): 204-10.

8. Corona Martínez LA. Reformulación teórica del método clínico: el método clínico diagnóstico-terapéutico. Medisur [revista en Internet]. 2007 [cited 19 Dic 2011] ; 5 (1): [aprox. 3p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/235.

9. Corona Martínez LA. Representación esquemática-sintética del modelo de método clínico diagnóstico-terapéutico. Medisur [revista en Internet]. 2007 [cited 19 Dic 2011] ; 5 (1): [aprox. 3p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/234.

10. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. El método clínico y los dilemas de la clínica. Medisur [revista en Internet]. 2011 [cited 19 Dic 2011] ; 9 (5): [aprox. 9p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1588.

11. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. El razonamiento médico en la historia clínica: una mirada a la discusión diagnóstica. Medisur [revista en Internet]. 2011 [cited 19 Dic 2011] ; 9 (4): [aprox. 6p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1589.

12. Ministerio de Salud Pública. Reglamento para la organización del proceso docente-educativo en los centros de educación médica superior. Resolución Ministerial No. 15. Artículo 42. La Habana: MINSAP; 1988.

13. Espinosa Brito AD. Ética en el pase de visita hospitalario. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2006 [cited 23 Ene 2013] ; 32 (4): [aprox. 11p]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_4_06/spu08406.htm.

14. Espinosa Brito AD. La unicidad en la diversidad. Factores en cuestión. Ateneo. 1996 ; 4 (12): 93-103.

15. Espinosa Brito AD, Espinosa Roca AA, del Sol Padrón LG, Bermúdez López JM. Clinical and communication skills. Learnt side by side in Cuba. BMJ [revista en Internet]. 2005 [cited 23 Ene 2013] ; 330: [aprox. 1p]. Available from: http://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/30/clinical-and-communication-skills-learnt-side-side-cuba.

16. Kidd J, Patel V, Peile E, Carter Y. Clinical and communication skills. Need to be learnt side by side. BMJ. 2005 ; 330: 374-5.

17. Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2001.

18. Normas del trabajo docente y metodológico de las especialidades de la educación médica superior. Resolución Conjunta de los Ministros de Educación Superior y de Salud Pública. La Habana: MINED-MINSAP; 1982.

19. Roca Goderich R, Rizo Rodríguez R. El pase de visita docente: un enfoque práctico. ISCIMED. 2007 (6): 9-12.

20. Roca Goderich R, Rizo Rodríguez R, de Dios Lorente JA. Metodología para el desarrollo del pase de visita docente asistencial. MEDISAN [revista en Internet]. 2011 [cited 23 Ene 2013] ; 15 (12): [aprox. 12p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192011001200017&script=sci_arttext.

21. Selman Housein AE. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2002.

22. Serra Valdés MA. El pase de visita docente-asistencial como modalidad de tarea docente en la educación en el trabajo [Internet]. La Habana: ECIMED; 2010. [cited 23 Ene 2013] Available from: http://www.fcmenrique.sld.cu/desc/clinic/pv.pdf.