Descargado el: 6-10-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL DE INVESTIGACIÓN PEDAGÓGICA

Fundamentos teóricos para la modelación del pase de visita como actividad docente-asistencial (I)

Theoretical Foundations for Modelling Bedside Rounds as a Teaching and Practice Activity (I)

Luis Alberto Corona Martínez[1] Mercedes Fonseca Hernández[2]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[2] Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Corona-Martínez L, Fonseca-Hernández M. Fundamentos teóricos para la modelación del pase de visita como actividad docente-asistencial (I). **Medisur** [revista en Internet]. 2013 [citado 2026 Oct 6]; 11(4):[aprox. 11 p.]. Disponible en: https://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2531

Resumen

El pase de visita constituye una de las formas organizativas docentes de mayor importancia en la formación médica a cualquier nivel. En este artículo son expuestas tres ideas fundamentales para la modelación del pase de visita: la condición de actividad humana del pase de visita, la esencialidad asistencial de dicha actividad, y su intencionalidad formativa; son desarrolladas además, las dos primeras ideas. Se arriba a precisiones acerca de las implicaciones concretas de estas ideas en la elaboración de una representación o modelo del pase de visita.

Palabras clave: pase de guardia, atención medica, hospitalización, relaciones medico-paciente, servicios de integración docente asistencial, educación de pregrado en medicina

Abstract

Bedside rounds are one of the most important teaching organizational forms in medical training at every level. In this paper, three basic ideas for shaping such rounds are presented: their condition of human activity, their practice essence as well as their formative purpose. In addition, the first two ideas are developed. Concrete implications of these ideas in the creation of a representation or form for bedside rounds are specified.

Key words: patient handoff, medical care, hospitalization, physician-patient relations, teaching care integration services, education, medical, undergraduate

Aprobado: 2013-07-09 11:09:59

Correspondencia: Luis Alberto Corona Martínez. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos luis.corona@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Desde tiempos muy remotos los médicos aprendices se reunían alrededor del lecho de un enfermo para observar las manifestaciones de su padecimiento y discutir la razón de su enfermedad.

No caben dudas de que este tipo de reunión de los médicos constituye una de las más antiguas actividades de enseñanza-aprendizaje existentes en la Medicina. Y en la medida que pasaron los años y la docencia médica se ha ido desarrollando, el pase de visita ha cobrado aún más relevancia en la formación médica, lo que ha quedado reflejado en varios documentos de índole metodológica de gran importancia en la carrera de Medicina.

Uno de estos documentos, *Normas del trabajo docente y metodológico de las especialidades de la educación médica superior*, establece que la educación en el trabajo es la forma principal de organización del proceso docente educativo a partir del tercer año de la carrera de Medicina, en la cual el estudiante recibe docencia y participa en la atención a personas sanas o enfermas, además de contribuir en alguna medida a la transformación en el estado de salud del individuo o de la colectividad.

Este mismo documento señala que "*... el pase de visita es una forma organizativa peculiar de la educación en el trabajo, que tiene objetivos docentes y asistenciales íntimamente relacionados, pues la obtención de los objetivos docentes tiene como prerrequisito el logro de los objetivos asistenciales.*"

En el citado documento, así como en otros artículos relacionados con esta temática,[1-4] se reconoce la complejidad de este tipo de actividad y su relación con el dominio del método clínico, en la cual el profesor emplea una diversidad de procedimientos pedagógicos: preguntas a los estudiantes, explicaciones, discusiones entre los alumnos, demostraciones, aclaraciones o exposición de conceptos; además de servir de control del trabajo independiente del alumno y de su auto preparación.

En plena coincidencia con la relevancia del pase de visita, los profesores de la Cátedra de Ciencias Clínicas de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos han ubicado en el centro de su trabajo docente-metodológico el mejoramiento de las competencias para llevar a cabo esta actividad. Con este propósito, se ha trabajado en la conformación de un modelo del pase de visita que contribuya a la orientación de los profesores más jóvenes. El dominio, mediante la ejercitación cotidiana de un modelo referencial, de cómo llevar a cabo el pase de visita, permitirá un mejor aprovechamiento de las potencialidades de esta actividad en el orden formativo de estudiantes y residentes, al mismo tiempo que se brinda una asistencia médica de calidad.

El presente artículo tiene como objetivo exponer los elementos que, en el plano teórico, fundamentan el proceso de modelación del pase de visita como actividad docente asistencial.

DESARROLLO

La elaboración de una representación del pase de visita exige, primeramente, un esclarecimiento de su concepto. En nuestra opinión, la conceptualización de pase de visita requiere tener en cuenta varios elementos esenciales para su comprensión cabal (Cuadro 1).

Cuadro 1. Elementos para la conceptualización de pase de visita.

- Forma particular de actividad humana.
- Se realiza fundamentalmente en el medio hospitalario.
- Se relacionan al menos dos sujetos (el médico y el paciente).
- Se lleva a cabo en función de la ejecución del proceso de atención médica.
- Es esencialmente asistencial, e intencionadamente formativa.

Según estos elementos, el pase de visita constituye un tipo particular de actividad humana que se realiza fundamentalmente en las salas de hospitalización, en la cual se relacionan directamente al menos dos sujetos: el médico y el paciente, en función de la ejecución del proceso de atención médica. Este tipo particular de actividad, aunque es esencialmente asistencial, es al mismo tiempo intencionadamente formativa; de ahí que se le considere una actividad docente-asistencial.

Expresado de otra manera, el pase de visita es el contacto con interés asistencial que ocurre entre el médico de cabecera y su paciente hospitalizado, alrededor del cual se puede y debe aglutinar el personal en formación en sus diferentes niveles (estudiantes, internos, residentes) para el aprendizaje del proceso de atención médica, o sea, para el aprendizaje de cómo se asiste a un enfermo.

Esta manera de conceptualizar el pase de visita permite asumir que la elaboración de un modelo o representación de este, como forma organizativa docente, se sustenta teóricamente en tres ideas fundamentales:

- La condición de actividad humana del pase de visita.
- La esencialidad asistencial de la actividad de pase de visita.
- La intencionalidad formativa del pase de visita.

Aunque estas tres ideas están íntimamente relacionadas, en este artículo serán desarrolladas las dos primeras.

I.-El pase de visita como actividad humana. Fundamentos de la modelación del pase de visita desde la perspectiva psicológica de la teoría de la actividad.

Elaborar un modelo del pase de visita implica profundizar en un elemento conceptual ya mencionado: la condición de actividad del pase de visita.

La actividad, según Talízina, es un proceso de solución por el hombre de tareas vitales, motivado por el objetivo a cuya consecución está orientado. Desde el punto de vista filosófico, es definida la actividad como el "concepto que caracteriza la función del sujeto en el proceso de interacción con el objeto". La actividad es estimulada por la necesidad, se orienta hacia el objeto que da satisfacción a esta última y se lleva a cabo por medio de un sistema de acciones.[5]

A través de la actividad el sujeto se relaciona con el objeto, lo transforma, y al mismo tiempo se transforma a sí mismo en correspondencia con el objetivo y el grado de motivación que sienta por ella. Es una forma de interacción entre el hombre y su medio, en cuyo proceso el hombre trata de obtener o lograr un fin consciente.[5]

Desde el punto de vista psicológico, la Teoría de la Actividad, fundamentada básicamente por Leontiev[6] y seguidores, ha sido muy difundida en diferentes contextos. Según dicho autor los componentes de la actividad (estructura) son los siguientes:

1. El sujeto que realiza la actividad.
2. El objeto de la actividad.
3. El objetivo.
4. El motivo.
5. Las acciones y operaciones.

Según Leontiev,[6,7] la actividad humana no puede existir de otra manera que en forma de acciones o grupos de acciones. Para Galperin,[8] "...las acciones son los componentes fundamentales de la actividad; la estructura funcional de la acción humana está constituida por una parte orientadora, una parte ejecutora y otra del control". De esta manera, la actividad se realiza a través de acciones y operaciones que constituyen sus propios componentes ejecutores.

Se denomina *acción* al proceso (ejecución de la actuación) que se subordina a la representación anticipada de aquel resultado que habrá de ser alcanzado, es decir, el proceso subordinado a un objetivo consciente, mediante la puesta en juego de un conjunto de operaciones requeridas para accionar. La acción, como unidad estructural, se caracteriza integralmente por lo inductor y lo ejecutor.[8,9]

Como *operaciones* se considera aquella ejecución de la actuación que se lleva a cabo como componente de una acción sin que por sí misma posea un fin consciente; es el resultado de la transformación de una acción anterior en operación, debido al dominio alcanzado en esta.[8,9]

Las operaciones son las vías, los procedimientos, las formas mediante las cuales transcurre la acción con dependencia de las condiciones en que se debe alcanzar el objetivo, lo cual incluye los recursos propios de la persona con que

cuenta para operar.

De esta manera, la actividad está condicionada por los motivos, las acciones por los objetivos y las operaciones por las condiciones (de la tarea y del sujeto).

Es importante señalar que entre la actividad, las acciones y las operaciones existen estrechas relaciones, así como el carácter relativo de estos aspectos: lo que en un momento es actividad en otro puede ser una acción; lo que en un momento es una acción en otro puede ser una operación.[9]

La precisión de los objetivos, de las acciones y de las condiciones de la actividad de pase de visita, requiere entonces el desarrollo de las dos ideas que le siguen.

II.-El pase de visita como una actividad esencialmente asistencial. Fundamentos de la modelación del pase de visita desde la perspectiva de la asistencia médica.

El pase de visita es una actividad esencialmente asistencial. Es en esta actividad, fundamentalmente llevada a cabo sobre pacientes hospitalizados, que al menos dos sujetos (médico y paciente) interactúan para la ejecución de un tipo específico de proceso: el proceso asistencial o proceso de atención médica. Este proceso asistencial, al ser un proceso consciente y sistémico, tiene definido sus diferentes componentes: problema, objeto, sujetos, campo, objetivo, contenidos, métodos, medios, formas y resultados.[10]

La comprensión de esta idea es fundamental para la modelación del pase de visita. De ella se deriva, deductivamente, que al ser el pase de visita una actividad asistencial en su esencia, la lógica del proceso asistencial determina en gran medida la lógica de la actividad de pase de visita. Por ello, al ser el método clínico el componente que expresa la dinámica interna, la lógica del proceso de atención médica, dicho método determina también la dinámica, la lógica del pase de visita.

A partir de lo anterior, es evidente que para la modelación del pase de visita es necesario contar con una representación del proceso asistencial o proceso de atención médica; representación que servirá entonces de modelo referencial.

II.1.- Modelo del proceso de atención médica a partir de su lógica más elemental: la asistencia médica como proceso de toma de decisiones.

Una primera representación del proceso de atención médica de utilidad para la modelación del pase de visita, ha sido elaborada sobre la base de la dirección más general de la actividad mental que desarrolla el médico durante la asistencia a un enfermo.[11] En esta representación (Anexo 1), son identificados en el proceso asistencial tres momentos o fases fundamentales en muy estrecha relación, cada uno de los cuales posee un objetivo específico en función del objetivo general del proceso. Estos momentos son:

1. Obtención de la información.
2. Interpretación de la información.
3. Toma de decisiones.

Cada uno de estos momentos posee características que le confieren personalidad propia, haciéndolos perfectamente distinguibles.

- Obtención de la información.

La información a obtener puede ser clínica o complementaria y varía en dependencia de la etapa del proceso en que se encuentre el paciente. Si el caso se encuentra en fase de investigación o estudio, la obtención de información va dirigida básicamente a la determinación del diagnóstico o problema de salud del enfermo; si el caso está en la etapa de tratamiento, entonces se busca información que permita evaluar los cambios evolutivos o la aparición de nuevos problemas en el paciente.

Por tanto, el objetivo específico consiste en obtener la información necesaria, ya sea clínica o complementaria, para la conformación del diagnóstico, la determinación del estado de gravedad, la precisión de la evolución y el establecimiento del pronóstico del enfermo. Para lograr este objetivo se necesitan conocimientos de semiología, conocimientos acerca de las características clínicas, epidemiológicas y etiológicas de las enfermedades, y conocimientos relativos a los exámenes complementarios. En sentido general, se requiere del dominio de todo el cuerpo teórico relacionado con las afecciones humanas más prevalentes y trascendentes, y con los principales medios diagnósticos complementarios.

También se requieren habilidades comunicativas generales, de observación, de palpación, de percusión, de auscultación, relativas a la indicación de exámenes complementarios, y otras (maniobras diversas, fondo de ojo, medición de la tensión arterial, etc.).

- Interpretación de la información.

Igualmente, será interpretada información de tipo clínica o complementaria. Si el caso recibe atención por vez primera o se encuentra en estudio la interpretación de la información, va dirigida fundamentalmente a la determinación del diagnóstico e inferir un pronóstico. Cuando el caso está en la etapa de tratamiento, la información es interpretada para precisar la evolución del paciente, revaluar el pronóstico o determinar la aparición de problemas nuevos.

El objetivo de este momento radica en interpretar la información obtenida para la conformación del diagnóstico, la determinación del estado de gravedad, la precisión de la evolución y el establecimiento del pronóstico del enfermo. Para ello son necesarios los conocimientos mencionados en el momento anterior, pero se requieren las habilidades relacionadas con las operaciones del pensamiento (análisis-síntesis, inducción-deducción, abstracción-concreción, generalización, comparación). Aunque puede ocurrir, la participación del paciente es excepcional.

- Toma de decisiones.

También la toma de decisiones es realizada en dos sentidos: sobre la necesidad de la indicación de exámenes complementarios y sobre las acciones dirigidas específicamente a la solución del problema diagnosticado. En este momento del proceso, el médico lleva a efecto un sinnúmero de decisiones más específicas en ambos sentidos. Por ello, el objetivo específico es tomar las decisiones inherentes al plan de estudio y al plan terapéutico a aplicar.

Para cumplir este objetivo se requieren conocimientos terapéuticos (modalidades de tratamiento; acerca de los fármacos: sus indicaciones, contraindicaciones, efectos secundarios, formas y vías de administración, dosis, etc.); y acerca de medios complementarios (indicaciones, contraindicaciones, riesgos). Las habilidades requeridas son comunicativas, habilidades del pensamiento, y habilidad de toma de decisiones terapéuticas.

A manera de resumen, este modelo de la asistencia médica muestra cómo, en esencia, el médico obtiene los datos necesarios y posibles acerca de su paciente (o familia, o comunidad), interpreta dichos datos, y toma decisiones derivadas de esta interpretación; decisiones que deben ser reevaluadas dando inicio a un nuevo ciclo de dicha secuencia de momentos, hasta alcanzar el objetivo final del proceso: la solución, de ser posible, del problema de salud del paciente.

Si bien esta representación o modelo expresa de forma muy general la dirección de la actividad mental que desarrolla el médico durante la labor asistencial, es de reconocer que no precisa con suficiente claridad la real lógica de este proceso; situación que queda superada cuando dicho modelo se complementa con una representación del proceso asistencial a partir de su método.

II.2.- Modelo del proceso de atención médica a partir de su método: el método clínico.

Como representación más precisa de la lógica del proceso de atención médica, utilizaremos el modelo de método clínico diagnóstico-terapéutico; modelo que ha sido fundamentado y detallado en artículos previos.[12-14]

Según el modelo de método clínico asumido como referente para la modelación del pase de visita, el proceso de atención médica se inicia cuando médico y paciente interactúan como resultado de la percepción de la existencia de un problema de salud, y surge la necesidad de restablecer el estado previo a dicha percepción (“problema”). Comienza entonces la etapa de “diagnóstico”.

Etapa de “diagnóstico”.

En esta etapa, inicialmente mediante el interrogatorio y el examen físico y generalmente a partir del motivo de consulta, el médico obtiene los síntomas, signos u otros datos clínicos presentes en el enfermo (obtención de la información clínica). Salvo excepciones, primero se realiza el interrogatorio y después el examen físico, pero el hallazgo de signos al examen puede generar nuevamente la búsqueda de datos mediante preguntas, lo que establece una interdependencia entre interrogatorio y examen.

Paralelamente a la obtención de información clínica, pero en íntima interrelación, transcurre la interpretación de esta información que progresivamente el médico va obteniendo, para la conformación de las hipótesis clínicas. Ambos, la obtención de la información clínica y su interpretación, se van ejecutando casi de forma simultánea.

Y es que prácticamente desde que se establece el contacto paciente-médico, se comienzan a generar hipótesis diagnósticas, al principio en forma de ideas muy vagas, pero que se concretan de forma progresiva a medida que la información se enriquece. Estas hipótesis a su vez, determinan en gran medida qué nuevos datos clínicos van a ser buscados en el paciente de una forma dirigida, hasta que, combinando armónicamente conocimientos teóricos y experiencia, estas hipótesis alcanzan el menor grado de incertidumbre posible.

El diagnóstico clínico así establecido, puede estar constituido por uno o más problemas de salud que afectan simultáneamente al individuo, o puede representar un conjunto más o menos numeroso de posibilidades diagnósticas que varían en cuanto a sus probabilidades de ser verdaderamente el problema que afecta la salud del sujeto.

En este punto del proceso de asistencia al enfermo, el médico, condicionado por diversos factores, determina si asume el diagnóstico clínico como su diagnóstico o si incorpora al proceso de diagnóstico información proveniente de exámenes complementarios.

En el primer caso, como sucede para muchos problemas de salud que debe resolver el médico y que pueden ser identificados o asistidos a partir solamente de la información clínica del paciente, se pasaría entonces a la etapa de tratamiento. En el segundo caso, los exámenes complementarios pudieran aportar información que posibilite ampliar la historia del paciente y mejorar con ello el grado de precisión de las hipótesis conformadas. En sentido general, estos exámenes permitirían una mejor valoración integral del paciente, reducir la incertidumbre diagnóstica o, incluso, confirmar o rechaza el diagnóstico clínico.[15]

Dos elementos adicionales son importantes en este momento de la descripción del método clínico. Primero, que la obtención de resultados en las pruebas complementarias puede inducir a la búsqueda de otros datos clínicos del paciente, tanto por medio del interrogatorio como del examen físico. Segundo, de ser necesaria la utilización de pruebas complementarias, siempre deberán ser introducidas en la lógica del método después de haber conformado hipótesis diagnósticas, pues son estas las que determinan qué exámenes complementarios deben ser indicados.

Independientemente de que el médico utilice o no exámenes complementarios en el proceso, generalmente llega un momento en la ejecución de este en que se debe asumir un diagnóstico y pasar entonces a la siguiente etapa para lograr con ello, de ser posible, el restablecimiento del estado de salud del paciente (desenlace o resultado final).

Etapa de tratamiento

La etapa de tratamiento (propiamente dicho) del proceso de atención médica se inicia una vez que el médico decide asumir un diagnóstico del paciente; entendido este como el conocimiento, con diversos grados de incertidumbre, de los problemas que aquejan al enfermo; o sea, del estado de salud del paciente. Esta etapa del proceso asistencial está caracterizada por la toma de decisiones terapéuticas en función de la solución de los problemas de salud identificados.

Los componentes de la etapa de tratamiento son los siguientes:

- Proposición, evaluación y selección de la conducta.
- Proposición, evaluación y selección de medidas terapéuticas.
- Evaluación de las decisiones aplicadas.

Los dos primeros componentes pueden ser englobados en una subetapa denominada Determinación del plan terapéutico. En esta, deben ser realizadas las acciones que permitan el planteamiento mental, evaluación y selección de las opciones para la solución de los problemas identificados en el paciente. Determinar el plan terapéutico significa que el médico debe primeramente pensar en varias opciones para la solución del problema del paciente, seguidamente evaluarlas y finalmente seleccionar la o las más convenientes, según

corresponda.

En la determinación del plan terapéutico se debe distinguir entre la actividad dirigida a determinar la conducta médica a seguir con el paciente, de la dirigida a determinar el manejo terapéutico a aplicar.

La conducta es entendida como una acción muy general y abarcadora en el tratamiento del paciente; es un concepto de evidente aplicación independientemente del escenario laboral. La atención de urgencia, la prescripción de un tratamiento ambulatorio y la remisión a un hospital son ejemplos de conducta a seguir con un paciente en el nivel primario de atención.

Las opciones de conducta, en su mayoría, suelen ser excluyentes entre ellas (aunque algunas pueden combinarse de forma secuencial), y generalmente están asociadas a un conjunto de opciones de manejo terapéutico.

Por manejo terapéutico se entiende aquel conjunto de acciones más específicas o particulares que se derivan de la acción de conducta seleccionada, e incluyen medidas no farmacológicas (tipo de actividad física o de dieta a recomendar) y farmacológicas (medicamentos a prescribir, dosis, vías de administración, tiempo de duración). Las medidas farmacológicas pueden ser a su vez generales (oxigenoterapia, antipiréticos, analgésicos) o específicas (hipoglucemiantes, hipotensores, antibióticos, anticoagulantes).

Una reiteración importante: independientemente de la distinción entre conducta y manejo terapéutico, la determinación de las opciones a aplicar de ambas categorías siguen igual lógica de ejecución: despliegue mental, evaluación y selección.

La determinación del plan terapéutico exige la aplicación de otros dos conceptos: el de opción predeterminada o preestablecida, y el de factores de decisión.

El concepto de opción predeterminada hace referencia a aquella opción que, salvo excepciones, debe ser invariablemente aplicada para la solución de determinada situación. En el campo médico es fácil reconocer la existencia de este tipo de opción: el diagnóstico de un infarto agudo del miocardio, la sospecha clínica de una meningoencefalitis bacteriana, o de una apendicitis aguda en el nivel primario, conducen automáticamente a la decisión de la remisión del paciente al nivel secundario de asistencia médica. De la misma manera, la penicilina es la opción preestablecida para el tratamiento de un paciente con leptospirosis.

En cuanto a los factores de decisión, son aquellos tanto de naturaleza cuantitativa (cifras de tensión arterial, nivel de creatinina, valor de la hemoglobina, diuresis) como cualitativa (color del Benedict, estado de gravedad, acompañamiento familiar), que deben ser utilizados al comparar opciones para la solución de un problema; factores que pueden haber sido definidos con antelación, o ser establecidos justo en el momento de tomar una decisión.

En el campo de la asistencia médica, lo anterior implica tener en cuenta en la evaluación y selección de las opciones terapéuticas la mayor cantidad posible de factores o variables correspondientes a las esferas biológica, psicológica, social y cultural del ser humano, en un proceso de individualización ampliamente fundamentado por prestigiosas figuras de la educación médica cubana.16-19

En el orden didáctico estos factores de decisión pueden ser clasificados en generales y específicos. Entre los primeros pueden citarse los siguientes: edad del paciente, su situación económica, su validismo físico y psíquico, su estado nutricional, su accesibilidad a la asistencia médica, la gravedad intrínseca de la afección que lo aqueja, la disponibilidad de los recursos necesarios para resolver el problema en un determinado contexto, y algunas condiciones del medio familiar. Ejemplos de factores más específicos son los criterios establecidos para ventilar un paciente, o para indicar una transfusión de glóbulos, o para iniciar un tratamiento dialítico. También el uso de fármacos puede estar determinado por el estado funcional en que se encuentre el problema (cirrosis hepática compensada o descompensada), el momento evolutivo (demencia incipiente o avanzada), la extensión (cáncer localizado o generalizado), la intensidad (hipertensión arterial ligera o severa), la existencia de vías de administración contraindicadas por síntomas (sepsis urinaria con vómitos) o la coexistencia con otros problemas de salud (tratamiento con heparina para trombosis venosa profunda en paciente con úlcera péptica).

La consideración de factores de diversa naturaleza permite superar la concepción

biomédica del ejercicio profesional al dotar al estudiante de un abordaje holístico del proceso salud-enfermedad, su objeto de trabajo; al mismo tiempo que permite aplicar un principio elemental de la profesión médica: no existen enfermedades sino enfermos.

Es sumamente importante comprender que el proceso de atención médica no concluye con la aplicación del plan terapéutico diseñado. El seguimiento de los enfermos le permite al médico obtener la información necesaria para juzgar las decisiones tomadas, mediante la evaluación de los cambios clínicos (y también en pruebas complementarias) ocurridos. Por esto, el último paso del modelo del método clínico diagnóstico-terapéutico consiste en la evaluación de las decisiones, lo cual es ineludible en los pacientes hospitalizados. Con ello se procede a reevaluar el nuevo estado del problema, de lo cual pueden derivarse nuevas decisiones.

Dos cuestiones más deben ser consideradas en este modelo de método clínico. Primera, que tanto el diseño del plan terapéutico como la evaluación de las decisiones aplicadas, componentes de la etapa de tratamiento del proceso de atención médica, están evidentemente vinculados con la obtención de datos clínicos y paraclínicos; pues para desarrollar dichos componentes el médico necesita información específica que abarca desde elementos de la historia clínica hasta resultados de nuevos exámenes complementarios o variaciones en resultados en los ya realizados.

Segundo, el modelo contempla la posibilidad de realizar acciones terapéuticas en el paciente durante la etapa de diagnóstico (por ejemplo: limitación del grado de actividad física, control de la fiebre, alivio del dolor, aspectos dietéticos). Igualmente queda expresado el lugar del pronóstico, como inferencia que emana directamente de un buen diagnóstico.

En una representación gráfica del método clínico diagnóstico-terapéutico (Anexo 2), están reflejados secuencialmente todos los elementos o componentes del método (estructura interna del proceso), así como las relaciones que se establecen entre dichos componentes. De esta forma queda aún mejor precisada la lógica del proceso.

CONSIDERACIONES FINALES

El análisis de las dos ideas desarrolladas en este artículo permite precisar algunas implicaciones concretas de estas para la modelación de la etapa de desarrollo del pase de visita.

La implicación más evidente de la idea relacionada con la condición de actividad del *pase de visita* radica en que, a partir de la conceptualización del pase de visita como una actividad humana, cualquier modelo de este debe contener las diversas categorías en correspondencia con la estructura psicológica de la actividad, según el enfoque teórico de este objeto asumido.

Dicho de otra manera, en el orden psicológico, como actividad que es, el pase de visita persigue objetivos basados en motivos y necesidades de los participantes; se desarrolla, se lleva a cabo, mediante la realización de numerosas acciones, y requiere que se cumplan y respeten determinadas condiciones. Por ello, el modelo que se propone para el desarrollo del pase de visita está conformado en una primera instancia por los objetivos a alcanzar, las acciones a desarrollar para lograr esos objetivos, y las condiciones a tener en cuenta para llevar a cabo esas acciones.

En cuanto a la idea relacionada con las representaciones o modelos del proceso de atención médica, hacemos las siguientes consideraciones:

Primeramente, todo el proceso de atender a un enfermo transita invariablemente por los momentos de obtención de información, interpretación de la información y de toma de decisiones; aunque dicho tránsito no ocurre de una manera estrictamente lineal, sino a través de una interrelación flexible. A pesar de que estos tres momentos se dan en ambas etapas del proceso, las dos primeras se identifican más con la etapa de diagnóstico, mientras que la toma de decisiones lo hace con la etapa de tratamiento.

En segundo lugar, la obtención e interpretación de la información clínica (que se dan casi simultáneamente) deben preceder a la obtención e interpretación de la información proveniente de los exámenes complementarios. Igualmente, salvo situaciones excepcionales como ocurre en el campo de la Dermatología, el interrogatorio precede al examen físico como procedimiento para la obtención de la información clínica.

En el caso específico de la interpretación de los

resultados de los exámenes complementarios, parece más apropiada la sustitución de la visión tradicional del empleo de estos exámenes para confirmar o rechazar hipótesis diagnósticas, por una visión de integración de los resultados al contexto clínico del enfermo, para, a partir del análisis de toda la información en su conjunto, conformar el diagnóstico del paciente.

El otro aspecto importante emana del análisis de las relaciones que se establecen entre diversos componentes del proceso asistencial; en esas relaciones se pone de manifiesto como los componentes se condicionan o determinan mutuamente:

- Si bien el interrogatorio determina en gran medida el examen físico, los hallazgos al examen pueden generar un nuevo interrogatorio.
- La generación de hipótesis diagnósticas surge de la información obtenida, pero las propias hipótesis que surgen determinan el interrogatorio y el examen del paciente.
- Las hipótesis generadas de la información clínica determinan los exámenes complementarios a realizar, pero los resultados de los exámenes pueden inducir a la búsqueda de nueva información clínica.
- El diagnóstico realizado determina las opciones a considerar en la toma de decisiones terapéuticas, pero la evaluación de esas opciones para su selección o no, puede requerir de nueva información clínica o complementaria.

Las interrelaciones e interdependencias que se dan entre diversos componentes del proceso de atención médica, tienen que manifestarse a través de una actividad de pase de visita que, aunque tiene definidos en su desarrollo los momentos y acciones a llevar a cabo, no puede ser concebida en su ejecución como una actividad esquemática y rígida; amén de las múltiples situaciones circunstanciales que pueden alterar su curso, determinado fundamentalmente por el hecho de ser una actividad que se da en las condiciones reales de la práctica.

Por último, los elementos que aportan ambos modelos del proceso de atención médica permiten identificar un grupo de habilidades y competencias necesarias para llevar a cabo el proceso de atención médica, y en cuya formación se debe trabajar durante la ejecución del pase de visita. Entre estas tenemos las siguientes:

- Habilidades comunicativas generales.
- Habilidades para el interrogatorio.
- Habilidades relacionadas con las distintas maniobras del examen físico.
- Habilidades relacionadas con el juicio clínico (distintas operaciones del pensamiento: análisis y síntesis, inducción y deducción, abstracción y concreción, generalización, comparación).
- Habilidades relacionadas con la indicación e interpretación de los exámenes complementarios.
- Habilidad de toma de decisiones terapéuticas.

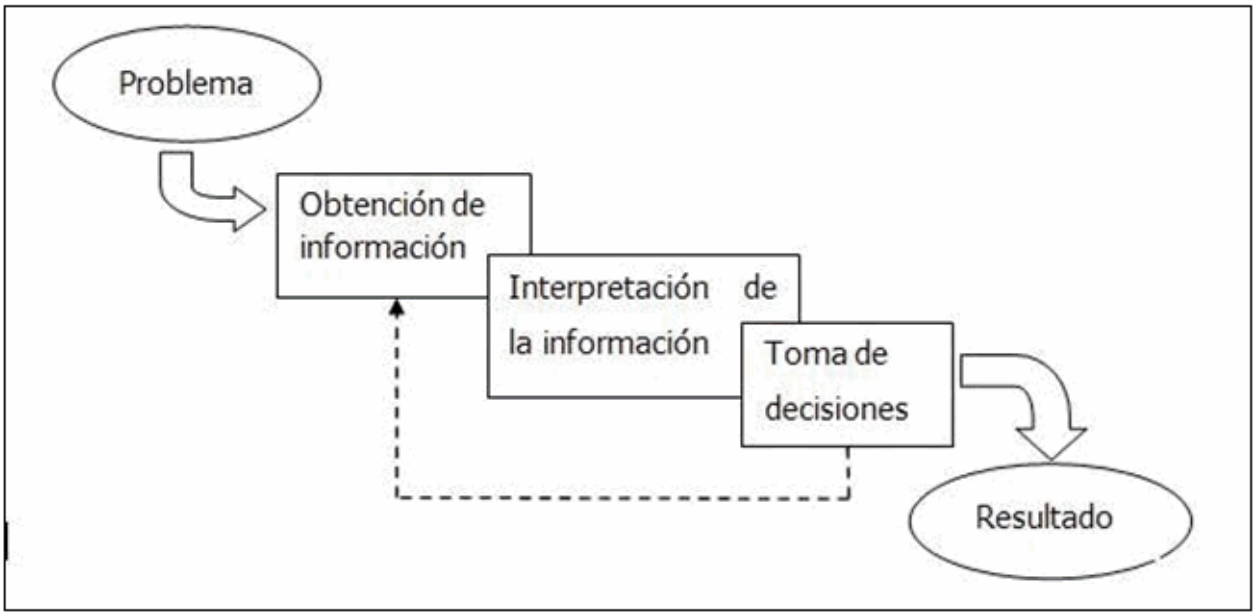
El desarrollo de la tercera idea considerada esencial en la modelación del pase de visita, la relacionada con su intencionalidad formativa, será abordado en un próximo artículo.

.....
.....
.....

Descargado el: 6-10-2026
ISSN 1727-897X

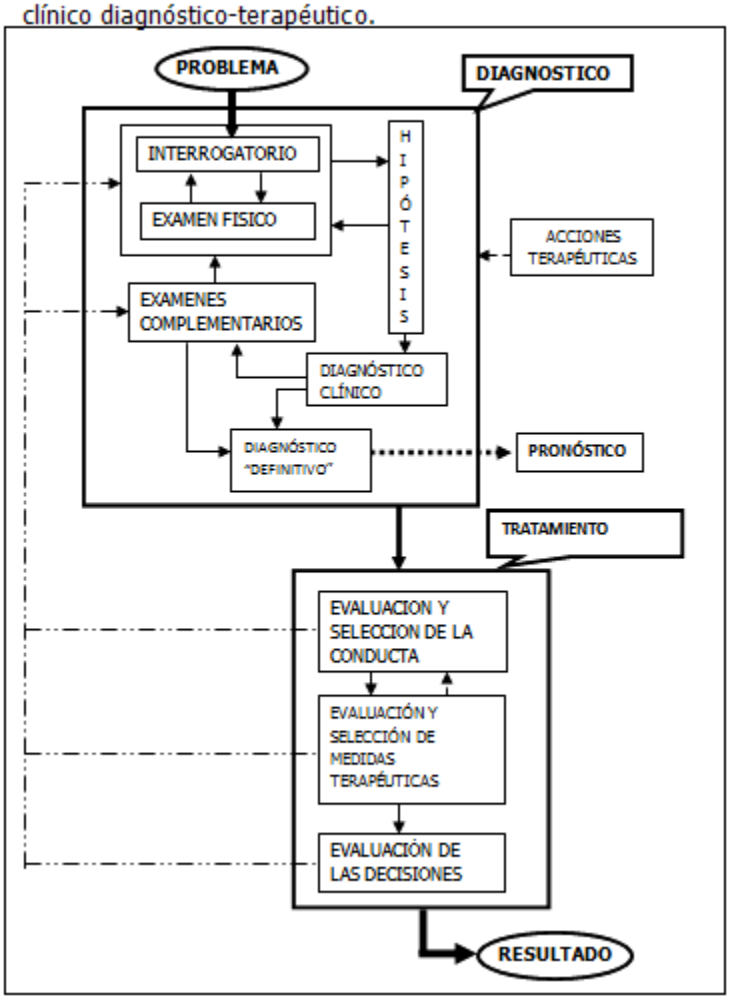
Anexo 1

Figura 1. Modelo del proceso de atención médica como proceso de toma de decisiones.



Anexo 2

Figura 2. Representación esquemática del método clínico diagnóstico-terapéutico.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Breijo Madera H, Crespo Fernández D, Torres Ruiz JB, Arencibia ME, Concepción Alfonso MI. Pase de visita en la comunidad. Rev Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2010 [cited 12 Nov 2012] ; 14 (1): [aprox. 11p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000100014.

2. 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 12 Nov 2012] ; 15 (12): [aprox. 12p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192011001200017&script=sci_arttext.

3. Espinosa Brito AD. Ética en el pase de visita hospitalario. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2006 [cited 12 Nov 2012] ; 32 (4): [aprox. 11p]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_4_06/spu08406.htm.

4. Álvarez Rodríguez A, Gallardo Gálvez JL. El pase de visita docente asistencial. Revista de Ciencias Médicas La Habana [revista en Internet]. 2000 [cited 12 Nov 2012] ; 61 (2): [aprox. 4p]. Available from: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol6_2_00/hab10020 0.htm.

5. Talizina NF. Conferencia sobre Los Fundamentos de la enseñanza en la Educación Superior. La Habana: Universidad de La Habana; DEPES; 1985.

6. Leontiev AN. Actividad. Conciencia. Personalidad. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1981.

7. Leontiev AN. La actividad en la Psicología. Ciudad de La Habana: Editorial de Libros para la Educación; 1979.

8. Galperin P. Introducción a la Psicología. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1982.

9. Castillo Castro C. Modelo pedagógico para la formación y desarrollo de habilidades, hábitos y capacidades. Ciudad de La Habana: IPLAC; 1998.

10. Corona Martínez LA. La atención médica como proceso. Aplicación del enfoque sistémico al estudio de la asistencia médica. Medisur [revista en Internet]. 2005 [cited 12 Nov 2012] ; 3 (2): [aprox. 2p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/106/4737.

11. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. Un modelo simplificado del proceso de atención médica. Implicaciones asistenciales, docentes e investigativas. Medisur [revista en Internet]. 2010 [cited 12 Nov 2012] ; 8 (2): [aprox. 3p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1062/7148.

12. Corona Martínez LA. Principales ideas a considerar en la elaboración de un nuevo modelo teórico del método clínico. Medisur [revista en Internet]. 2006 [cited 12 Nov 2012] ; 4 (3): [aprox. 3p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1328/6081.

13. Corona Martínez LA. Reformulación teórica del método clínico: el método clínico diagnóstico-terapéutico. Medisur [revista en Internet]. 2007 [cited 12 Nov 2012] ; 5 (1): [aprox. 3p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/235/1140.

14. Corona Martínez LA. Representación esquemática-sintética del modelo de método clínico diagnóstico-terapéutico. Medisur [revista en Internet]. 2007 [cited 12 Nov 2012] ; 5 (1): [aprox. 3p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/234/1139.

15. Corona Martínez LA. Los exámenes complementarios en la práctica médica asistencial. Algunas consideraciones útiles para el médico en formación. Medisur [revista en Internet]. 2010 [cited 12 Nov 2012] ; 8 (5): [aprox. 4p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1348/6086.

16. Rodríguez Rivera L. La práctica clínica actual y el legado humanitario hipocrático ¿dónde fallamos?. Bol Ateneo Juan César García. 1996 ; 4 (1-2): 104-12.

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. Vega García E. La terapéutica como experimento. Ateneo [revista en Internet]. 2000 [cited 12 Nov 2012] ; 1 (1): [aprox. 5p]. Available from: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ate/vol1_1_00/ate07100.htm.

19. Espinosa Brito AD. La unicidad en la diversidad. Factores en cuestión. Medisur [revista en Internet]. 2010 [cited 12 Nov 2012] ; 8 (5): [aprox. 16p]. Available from: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1313/6071.