



Cinco pasos para un pase de visita clínico académico efectivo en la Unidad de Cuidados Intensivos

Five steps for an effective academic clinical round in the Intensive Care Unit

José Raúl Monzón Lores*

RESUMEN

Este estudio diseñó e implementó un modelo estructurado de pase de visita académico (PVA) en cinco etapas y 21 minutos, basado en la Zona de Desarrollo Próximo de Vygotsky, para optimizar la educación médica en las unidades de cuidados intensivos (UCI) mexicanas con alta carga laboral. La intervención estandarizó la presentación del paciente, exploración, diálogo reflexivo y cierre con la familia. Los resultados mostraron que el modelo mejoró la eficiencia, fomentó el aprendizaje activo y el pensamiento crítico, e integró la comunicación familiar. Se concluye que adapta la teoría a entornos limitados, ofreciendo un marco replicable para equilibrar docencia y atención clínica.

Palabras clave: pases de visita clínicos, educación médica, zona de desarrollo próximo, andamiaje instruccional, aprendizaje reflexivo.

ABSTRACT

This study designed and implemented a structured 5-stage academic ward round (AWR) model in 21 minutes, based on Vygotsky's Zone of Proximal Development, to optimize medical education in Mexican ICUs with high workloads. The intervention standardized patient presentation, clinical exploration, reflective dialogue, and family communication. Results showed the model improved efficiency, fostered active learning and critical thinking, and integrated family engagement. It concludes that the model adapts theory to constrained settings, providing a replicable framework to balance clinical care and education.

Keywords: clinical rounds, medical education, zone of proximal development, instructional scaffolding, reflective learning.

Abreviaturas:

PVA = pase de visita académico

UCI = Unidad de Cuidados Intensivos

ZDP = zona de desarrollo próximo

INTRODUCCIÓN

El pase de visita académico (PVA) es una actividad fundamental en la formación de médicos residentes y en la atención de pacientes críticos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). En México y muchos otros países, donde los recursos y el tiempo son limitados,¹ es esencial optimizar este proceso para garantizar que cumpla con sus objetivos educativos y asistenciales. Sin embargo, la falta de estructura y estandarización en la realización del PVA puede llevar a una pérdida de eficiencia y a resultados subóptimos para los pacientes y estudiantes.

Este estudio propone un modelo de PVA estructurado en cinco etapas, diseñado en el contexto mexicano. Cada etapa tiene un objetivo claro y una duración de-

finida, lo que permite maximizar el tiempo disponible y asegurar que se aborden todos los aspectos relevantes del caso clínico. Además, el modelo incluye la participación activa de los familiares, lo que refuerza la transparencia y humanización de la atención. A través de esta investigación, se busca demostrar que un PVA bien estructurado puede mejorar la calidad de la educación médica y la atención al paciente en la UCI.

EL PASE DE VISITA, ¿QUÉ ES Y CÓMO SE REALIZA?

Se considera al pase de visita como la forma más efectiva de aprender el método clínico, donde el docente clínico funge como una persona que enseña y da ejemplo a las nuevas generaciones de médicos, además de ser el encargado de un papel fundamental que se realiza durante el proceso de enseñanza-aprendizaje en medicina.

Nava y colaboradores² lo definen como una actividad repetitiva, dirigida por un médico experimentado que funge como profesor sobre un grupo de becarios y/o estudiantes de medicina; con lo cual se transmite información de participante a participante, independientemente de su nivel jerárquico.³

Constituye un pilar fundamental para el aprendizaje del método clínico,⁴ ya que garantiza una asistencia integral de calidad hacia los pacientes; así se fomenta la enseñanza en la medida que los fines docentes y asistenciales estén íntimamente relacionados.⁵

Roca y asociados⁶ describen al pase de visita como centro de atención de aquellos aspectos que se relacionan con el desarrollo de habilidades clínicas y conocimientos que permitan al médico resolver los problemas de salud, así mismo con la adquisición de actitudes y valores éticos.

El principal objetivo del pase de visita lo constituye el aprendizaje dentro del proceso de asistir a un enfermo,⁷ ya que la mejor enseñanza es la que enseña el propio paciente.⁸ Para tal efecto, algunos autores han sugerido ciertos pasos que se deben cumplir para realizar un pase de visita; Álvarez y colaboradores⁵ consideran cinco momentos indispensables:

1. Organización de la actividad
2. Recolección de datos (de la historia clínica del paciente)

* Hospital H+ Querétaro, México. ORCID: 0009-0009-9055-1247

Recibido: 11/02/2026. Aceptado: 07/03/2026.

Citar como: Monzón LJR. Cinco pasos para un pase de visita clínico académico efectivo en la Unidad de Cuidados Intensivos. Med Crit. 2026;40(3):197-205. <https://dx.doi.org/10.35366/123720>

3. Presentación del paciente
4. Análisis colectivo
5. Conclusiones

En el cuarto punto llamado análisis colectivo, Álvarez y colaboradores⁵ la describen como la más importante; debido a que aquí el docente clínico es el modelo, ya que examina, analiza, demuestra y promueve la discusión entre todos los integrantes de una manera escalonada y dirigida. Esta parte también es la más compleja, debido a que existe una mayor interacción entre el docente clínico con sus discípulos, lo que en teoría produce mayor aprendizaje clínico y significativo en los estudiantes.

Entonces, corresponde al docente clínico –como principal responsable de la atención del paciente y mentor de sus discípulos–, capacitarse en la enseñanza y aprendizaje, así como en el uso de recursos informáticos en medicina,⁹ para mantener un sano equilibrio entre el método clínico tradicional, apoyado en la tecnología emergente para sustentar mejor la toma de decisiones clínicas, y mejorar los resultados hacia los enfermos.¹⁰

Es importante hacer mención que mediante la interacción entre alumno y maestro surgirá el momento idóneo para enseñar y aprender, pues este momento es donde todos aprenden y enseñan simultáneamente; además, se debe fomentar la preparación humanística que permita comprender al individuo que tiene un padecimiento.¹¹

Fernández¹² comenta el ideal del docente clínico como: «El mejor profesor no es el que más conocimientos pueda exhibir, sino el que constituya el mejor modelo profesional para los educandos, por brindar su sabiduría y calor humano a quienes lo necesitan, con una proyección humana y científica ejemplares».

Pero ser docente clínico y el pase de visita tiene muchas limitaciones, la más importante son las horas que toma realizar esta actividad presencial académica, a tal punto que las horas de trabajo de los médicos en formación han reducido la exposición clínica y deja menos tiempo para los métodos tradicionales de formación.¹³

Por tal motivo se necesitan con urgencia enfoques de enseñanza y aprendizaje que tengan en cuenta el crecimiento exponencial del conocimiento médico, las necesidades de aprendizaje únicas y las limitaciones de tiempo de los estudiantes, al tiempo que se adaptan a los entornos dinámicos y clínicamente exigentes de la práctica de cuidados críticos.^{14,15}

PASE DE VISITA EN LA UCI

Sabemos que la UCI ofrece oportunidades únicas para la adquisición de conocimientos y habilidades en un entorno clínico dinámico y de ritmo rápido, para aprender

habilidades técnicas como el manejo de las vías respiratorias, la colocación de vías centrales, la ecografía, monitoreo hemodinámico avanzado, entre muchas otras, además, habilidades no técnicas como el trabajo en equipo, la comunicación y el liderazgo.

Los estudios sugieren que no existe un enfoque estandarizado para la formación de los residentes en medicina de cuidados críticos, lo que refleja que los entornos de UCI y patrones de práctica son muy variables.^{16,17} Esta variación en la práctica educativa es notable, ya que puede afectar la calidad de la formación de los residentes a través de la exposición variada a diferentes factores educativos.

La enseñanza en la cama del paciente es el formato más común para la educación de los residentes de medicina crítica, y la mayoría de estos programas académicos también se complementan con conferencias didácticas y sesiones de enseñanza informal.¹⁶

Además, un número cada vez mayor de programas incluyen acceso a un «currículo básico» en línea de temas de cuidados críticos.¹⁶ Con estos enfoques didácticos, los residentes en cuidados críticos adquieren conocimientos y habilidades a través de procesos de aprendizaje activo al participar en rondas de enseñanza en la cama del paciente y al administrar directamente la atención al paciente, mientras que el aprendizaje pasivo se produce mediante el uso de conferencias, congresos y clases o revisiones de artículos.

La enseñanza junto a la cama, a menudo realizada durante las rondas de la UCI, es un componente esencial de la educación en cuidados críticos, ya que abarca la evaluación clínica, la realización del examen físico y la toma de decisiones. Donde se enfatiza la importancia de la comunicación multidisciplinaria, la conducta en la cabecera del paciente, el profesionalismo y otras habilidades clínicas esenciales.¹⁸ Involucrar a todo el equipo en las rondas en la cabecera del paciente también contribuye al desarrollo del equipo multidisciplinario y una mejor atención al paciente.^{19,20}

Educación durante la atención en la cabecera del paciente no es una actividad pasiva; más bien, requiere habilidad por parte del profesor de cuidados críticos. La adaptación de temas a las necesidades de los alumnos en relación con los pacientes actuales, proporciona al alumno la satisfacción de haber aprendido algo directamente relevante para la atención al paciente, lo que promueve el aprendizaje activo y proporciona un poderoso impulso motivacional y un refuerzo educativo.

Usar un enfoque tradicional como método para brindar educación sobre cuidados críticos no es adecuado, pues cada vez hay más pruebas de que ya no son suficientes. Muchos estudios han informado de una formación deficiente de los residentes en áreas fundamentales para la práctica de cuidados críticos, incluidas deficiencias en conocimientos médicos, habilidades

de procedimiento, traspaso de mando, comunicación y gestión de crisis.^{21,22}

Por tal motivo es necesario implementar estrategias para enseñar con tiempo limitado, dentro de un escenario como son las UCI. Por su parte, los docentes en el entorno de la UCI se enfrentan al enorme desafío de instruir simultáneamente a los residentes y atender a pacientes gravemente enfermos en un entorno clínico en el que la complejidad y el conocimiento necesarios para la toma de decisiones son altos, el tiempo disponible para la enseñanza es limitado y las interrupciones son frecuentes. Debido a las crecientes y competitivas demandas sobre el personal docente de cuidados críticos, el tiempo disponible para la enseñanza clínica parece estar en declive.^{23,24} Una barrera aún mayor para la enseñanza que una carga de trabajo clínica pesada es la idea errónea de que la «enseñanza real» requiere una conferencia formal prolongada.

Para lograr este enfoque de enseñanza eficiente y eficaz, se pueden emplear con éxito diversas estrategias. Estas estrategias educativas comparten características comunes, entre ellas: 1) identificar las necesidades del alumno, 2) enseñar de manera dirigida a satisfacer esas necesidades específicas, y 3) proporcionar retroalimentación sobre el desempeño.

Las rondas de preguntas son la principal herramienta de diagnóstico del educador para determinar el nivel actual de conocimientos y experiencia del alumno en situaciones similares.²⁴

Algunas investigaciones, como el modelo de observación de dos minutos está descrito como un método en el que el profesor observa el encuentro con un paciente para obtener información más específica sobre las necesidades de aprendizaje del alumno que se puede utilizar para proporcionar orientación o retroalimentación.²⁴ Esta técnica es eficaz para enseñar tanto habilidades de historia y examen físico como para enseñar habilidades de comunicación.

Al igual que con otros modelos centrados en el alumno, el instructor debe establecer expectativas claras, observar directamente al alumno y proporcionar retroalimentación y enseñanza específicas.

Otro modelo de preceptor de un minuto, es una herramienta de enseñanza que es fácil de implementar mientras se participa en la atención al paciente.²⁵ Este método utiliza un enfoque de cinco pasos: 1) preguntar al alumno sobre lo que cree que está sucediendo con el paciente, 2) investigar el razonamiento subyacente o explicaciones alternativas, 3) enseñar un principio general, 4) reforzar lo que se hizo bien, y 5) corregir cualquier error y hacer sugerencias para mejorar. En tan solo un minuto, el instructor puede obtener una breve evaluación del alumno, proporcionar una clave educativa y brindar retroalimentación positiva inmediata. La investigación sobre el modelo de preceptor de un mi-

nuto sugiere que es un método eficaz y eficiente para involucrar a los estudiantes en debates de casos de alto nivel sobre problemas clínicos, y su uso se asocia con una fuerte satisfacción tanto por parte de los estudiantes como de los profesores.^{26,27}

Limitar el número de temas de aprendizaje discutidos a dos o tres por día aumentará su importancia y la atención que se le presta a cada uno de ellos.²⁸ Demasiados temas pueden abrumar al alumno, lo que en última instancia reduce el impacto educativo. Por último, es imprescindible repasar y resumir brevemente los temas de aprendizaje importantes que se trataron y analizar las actividades de aprendizaje relacionadas.

La retroalimentación es una estrategia instructiva poderosa que se puede brindar de manera eficaz con un tiempo limitado.²⁹ La clave de la retroalimentación es brindar comentarios descriptivos específicos sobre el desempeño de un alumno. El modo «Preguntar-Contar-Preguntar» es un modelo común para dar retroalimentación.³⁰

La retroalimentación se basa en los eventos que ocurren al lado de la cama tiene la ventaja de proporcionar al paciente evaluaciones centradas en la formación, que son una piedra angular de la educación médica.³¹ Además, los médicos en formación valoran mucho la retroalimentación relacionada con conductas específicas realizadas junto a la cama, asociando la enseñanza de alta calidad con la retroalimentación relacionada con conductas específicas, como las habilidades junto a la cama y las presentaciones de casos.³²

En lugar de impartir clases tradicionales, durante el tiempo de enseñanza formal, un instructor debe facilitar clases dirigidas por los alumnos, donde se fomente la discusión del material mediante preguntas y respuestas, debates, estudios de casos, aprendizaje basado en problemas y otras actividades presenciales. Al aplicar sus nuevos conocimientos con la guía de un facilitador, los participantes dan acceso a retroalimentación inmediata de compañeros y profesores, lo que les ayudará a reconocer y corregir errores de pensamiento con mayor facilidad. Estas actividades de «aprendizaje activo» permitirán la resolución de problemas complejos, la interacción con compañeros y prepararán mejor a los alumnos para funcionar de forma independiente.

Otro método llamado aula invertida es particularmente adecuado para el entorno de aprendizaje de la UCI, donde la adquisición de conocimientos básicos sobre cuidados críticos es necesaria antes de avanzar hacia la resolución de problemas clínicos más complejos que se requieren para la atención al paciente.³³ La práctica de la toma de decisiones clínicas en el aula mejora el conocimiento la retención de conocimientos y tiene la ventaja inherente adicional de que los alumnos pueden aprender de sus errores en un entorno seguro sin poner en peligro a los pacientes. Actualmente el pase de visita se centra más en la toma de decisiones compartida,

involucrando a los pacientes y a sus familias en la atención médica.³⁴

Las rondas médicas, un aspecto esencial de la formación en la atención directa, han disminuido debido a factores como el aumento del número de pacientes, las limitaciones de tiempo y la alta carga de trabajo en los hospitales.¹⁹ A pesar de su larga tradición en medicina, se estima que solo entre 8 y 17% de la formación médica utiliza este método en la actualidad.³⁵ Resulta interesante que la UCI presente un contexto único en el que la formación en la atención directa basada en casos clínicos, complementada con clases magistrales, sea el principal método educativo en casi 91% de los casos.³⁶

Otra propuesta es la realizada por Yepes y colaboradores.¹ Establece rondas médicas como un método de enseñanza utilizado en entornos clínicos donde los docentes atienden simultáneamente a los pacientes y capacitan a los residentes. Donde, dadas las limitaciones de tiempo, se necesitan estrategias eficientes para evaluar los conocimientos y habilidades de los residentes, enseñar con rapidez y brindar retroalimentación. Pero cabe aclarar que la calidad de la supervisión durante estas rondas influye significativamente en la competencia y los conocimientos clínicos.

Ellos realizan mención de lo extraído con base en las sugerencias de Ramani,⁷ Chan y colegas³⁷ y Carlos,³⁴ proponiendo una nueva estructura para las rondas médicas llamadas «*Intensive care unit round at 5, 10 and 15 minutes*», donde realizan 5 minutos en definir un tema, 5 minutos para hacer, 10 minutos de introducción, 10 minutos del final, 15 minutos de retroalimentación y 15 minutos de gracias. Estableciendo una duración habitual de la ronda completa entre 120 y 150 minutos. Lo cual no se ajusta a los tiempos de una terapia de cuidados intensivos de México.

Para finalizar se debe tener en cuenta los errores que no se deben cometer al momento de realizar un pase de visita, algunos encontrados por Espinosa,³⁸ y Roca y asociados⁶ enumeran algunos, los cuales deben evitarse siempre que sea posible, como son los siguientes: excederse en la disertación académica, tratar asuntos no relacionados con el paciente, no preocuparse por la solución de los problemas del paciente, hablar de indiscreciones e imprudencia, iatrogenia verbal o gestual, transgredir aspectos éticos, no respetar la privacidad, el pudor o la individualidad del paciente y el maltrato hacia los discípulos.

Las consecuencias de estos actos son fatales, ya que influyen en su autoestima; generan insatisfacción, impotencia, estrés, sentimiento de culpa y despersonalización.³⁹ También se produce incertidumbre, falta de confianza y, lo más grave, rechazo de los enfermos a ser atendidos por los médicos novatos, lo cual afectará esa incipiente relación médico-paciente. Por lo tanto, es importante que el docente clínico deje de lado la ia-

trogenia verbal o gestual, y se apegue a los principios éticos que rigen la práctica médica.⁴⁰

TEORÍA EDUCATIVA ADECUADA AL PASE DE VISITA

La teoría de Lev Vygotsky (1978),⁴¹ enfatiza la importancia de las relaciones entre el individuo, la sociedad y la cultura en el proceso de desarrollo. Durante la infancia, estas interacciones potencian y facilitan el aprendizaje; pero este principio también puede aplicarse en etapas posteriores, como en la universidad y, especialmente, en el ámbito hospitalario durante la formación médica.

En el contexto de las residencias médicas, la transmisión del conocimiento no siempre sigue este enfoque. Con frecuencia, se asume que el residente aprenderá de manera autónoma a través de la observación y la práctica diaria con pacientes, sin la guía activa de un docente que facilite el alcance de las zonas de desarrollo próximo (ZDP) y promueva aprendizajes significativos.

Según Vygotsky, las interacciones sociales y el entorno en el que se desenvuelve el estudiante son fundamentales para la adquisición de herramientas y conocimientos. Por ello, destacó la relevancia de las relaciones sociales en el desarrollo intelectual y propuso el concepto de zona de desarrollo próximo (ZDP), definida como la distancia entre el nivel de desarrollo real (lo que el estudiante puede hacer de manera independiente) y el nivel de desarrollo potencial (lo que puede lograr con la guía de un experto o en colaboración con pares más avanzados).⁴²

En este sentido, todo individuo opera en dos dimensiones: 1) lo que es capaz de hacer en el presente y 2) lo que podría lograr con el apoyo adecuado. La ZDP se sitúa entre estos dos niveles, representando aquello que el alumno puede alcanzar con ayuda, ya sea de un docente o de compañeros más experimentados, como residentes de mayor jerarquía. Este acompañamiento es esencial para fomentar un aprendizaje significativo.

Vygotsky⁴³ describió tres situaciones posibles dentro de la ZDP (*Figura 1*):

1. Zona baja de la ZDP (desarrollo real): corresponde a lo que el estudiante ya sabe y puede hacer de manera independiente. Si el nivel de competencia es alto, el residente puede perder motivación si no se le proponen desafíos adecuados que lo impulsen a avanzar.
2. Zona intermedia de la ZDP: es el punto óptimo donde el estudiante aprende sin caer en la monotonía ni la frustración. Aquí, el residente moviliza todos sus recursos para avanzar, garantizando un aprendizaje efectivo y motivador. Ésta es la situación más deseable en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

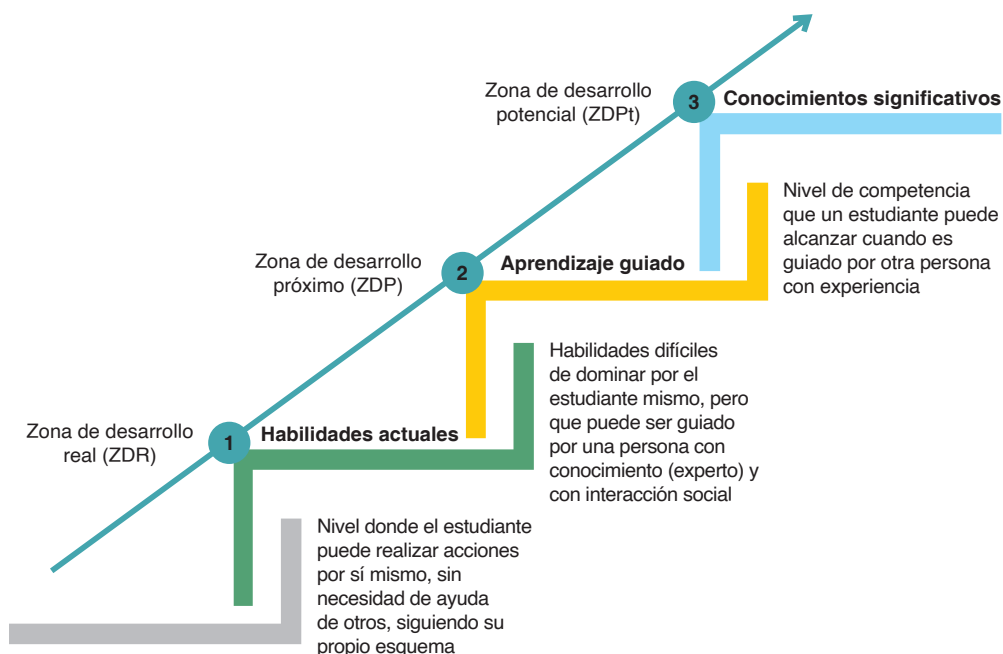


Figura 1:

Representación de las zonas de desarrollo según Vygotsky (adaptado de sus trabajos originales). La figura ilustra: zona de desarrollo real (ZDR): lo que el individuo puede hacer solo. Zona de desarrollo próximo (ZDP): lo que puede lograr con ayuda de un experto. Zona de desarrollo potencial (ZDPt): habilidades en proceso de internalización y significativo. La interacción social (andamiaje) facilita el avance desde la ZDP hacia la ZDR. Nota: adaptación basada en Vygotsky (1978) y reinterpretaciones pedagógicas posteriores.

3. Zona alta de la ZDP (desarrollo potencial): representa lo que el estudiante aún no puede hacer, incluso con ayuda. Si se encuentra en esta zona, puede sentirse abrumado y desmotivado. Sin embargo, con el apoyo adecuado, puede alcanzar este nivel y apropiarse de nuevos conocimientos y habilidades, aplicándolos de manera autónoma.

El principio fundamental de la ZDP radica en descomponer las actividades en tareas progresivas y secuenciales, conocidas como aprendizajes «llave», que permiten al estudiante avanzar aplicando lo que ya sabe para superar nuevos retos. Este enfoque puede aplicarse tanto en aprendizajes formales como en actividades prácticas, siempre con el acompañamiento de un experto y bajo un componente social que facilite la transición de la dependencia a la autonomía.

En el ámbito de la medicina crítica, la ZDP adquiere especial relevancia, ya que los residentes deben enfrentarse a situaciones complejas que requieren conocimientos técnicos, habilidades de razonamiento clínico y toma de decisiones. Por ello, es crucial que los docentes y residentes actúen como guías, facilitando el acceso a la ZDP, promoviendo un aprendizaje colaborativo y significativo.

DESARROLLO DEL MODELO DE PASE DE VISITA ACADÉMICO (PVA) EFECTIVO EN LA UCI

A partir de la teoría educativa de Vygotsky y lo que conocemos de los estudios sobre las formas de realizar el pase de visita en una UCI, se propone una estrategia basada en esta combinación que permita alcanzar objetivos reales y enfocados a un aprendizaje significativo,

que apoye a la efectividad de un servicio tan complejo y con tiempos ajustados como es una Unidad de Terapia Intensiva.

Descripción de las etapas

Dada la necesidad de optimizar los tiempos y la efectividad de esta actividad en el contexto de una Unidad de Cuidados Intensivos, con limitación de los tiempos, se propone un modelo estructurado en cinco etapas, con una duración total sugerida de 21 minutos por paciente. Este enfoque busca equilibrar la atención al paciente, la educación médica y la integración de la información hacia los familiares (Figura 2). A continuación, se describe cada una de las etapas:

Etapas:

- Etapas 1:** presentación del paciente.

Duración: 5 minutos.

Responsable: médico residente en formación.

En esta etapa, el médico residente sintetiza de manera clara y concisa la información relevante del paciente. Comienza con una breve descripción de los antecedentes médicos, el motivo de ingreso a la UCI y la evolución clínica hasta el momento. Posteriormente, el estudiante identifica los diagnósticos principales que guían el manejo del paciente. Para complementar la presentación, se muestran de manera visual los resultados de laboratorios y estudios de imagen más relevantes, utilizando herramientas como celulares o tabletas. Esta etapa permite al equipo tener una visión general del caso y fomentar las habilidades de comunicación y síntesis del residente.

Etapa 2: definir objetivo.
Duración: 1 minuto.
Responsable: médico adscrito.

El médico adscrito, basándose en la presentación inicial, identifica un objetivo principal a tratar durante el PVA. Este objetivo debe estar alineado con los diagnósticos o la situación clínica actual del paciente. Una vez planteado, el médico adscrito lo comunica al equipo de residentes y asigna roles específicos a cada uno, como encargarse de revisar parámetros ventilatorios, analizar resultados de laboratorio o proponer ajustes terapéuticos. Esta etapa es crucial para mantener el enfoque y la eficiencia durante el PVA.

Etapa 3: exploración.
Duración: 5 minutos.
Responsables: médico adscrito y residente en formación.

En esta etapa, el equipo realiza una revisión detallada del estado actual del paciente. Se analizan las hojas de enfermería para identificar cambios recientes en signos vitales, administración de medicamentos o incidencias relevantes. Posteriormente, se lleva a cabo una exploración física dirigida, centrada en los sistemas u órganos relacionados con el objetivo planteado. Además, se verifica el funcionamiento de los equipos biomédicos (ventiladores, monitores, bombas de infusión,

etcétera) y se revisan sus parámetros para asegurar que estén configurados correctamente. Finalmente, se comentan los hallazgos más relevantes, lo que permite al equipo tener una visión actualizada y precisa del paciente.

Etapa 4: diálogo reflexivo.
Duración: 5 minutos.
Responsables: médico adscrito y residente en formación.

Esta etapa es el núcleo del aprendizaje activo durante el PVA. Se establece un diálogo reflexivo en el que el médico adscrito guía a los residentes mediante preguntas desafiantes que fomentan el pensamiento crítico. Los residentes intercambian opiniones, presentan evidencias y proponen ajustes terapéuticos basados en la literatura médica. Se pueden utilizar herramientas digitales, como aplicaciones médicas o bases de datos en línea, para apoyar las discusiones. El médico adscrito asegura que cada hallazgo o propuesta sea analizado y justificado, preguntando constantemente «¿por qué?» para profundizar en el razonamiento clínico. Esta dinámica fortalece el conocimiento teórico-práctico y apoya a promover la toma de decisiones basada en evidencia.

Etapa 5: cierre.
Duración: 5 minutos.
Responsable: médico adscrito.

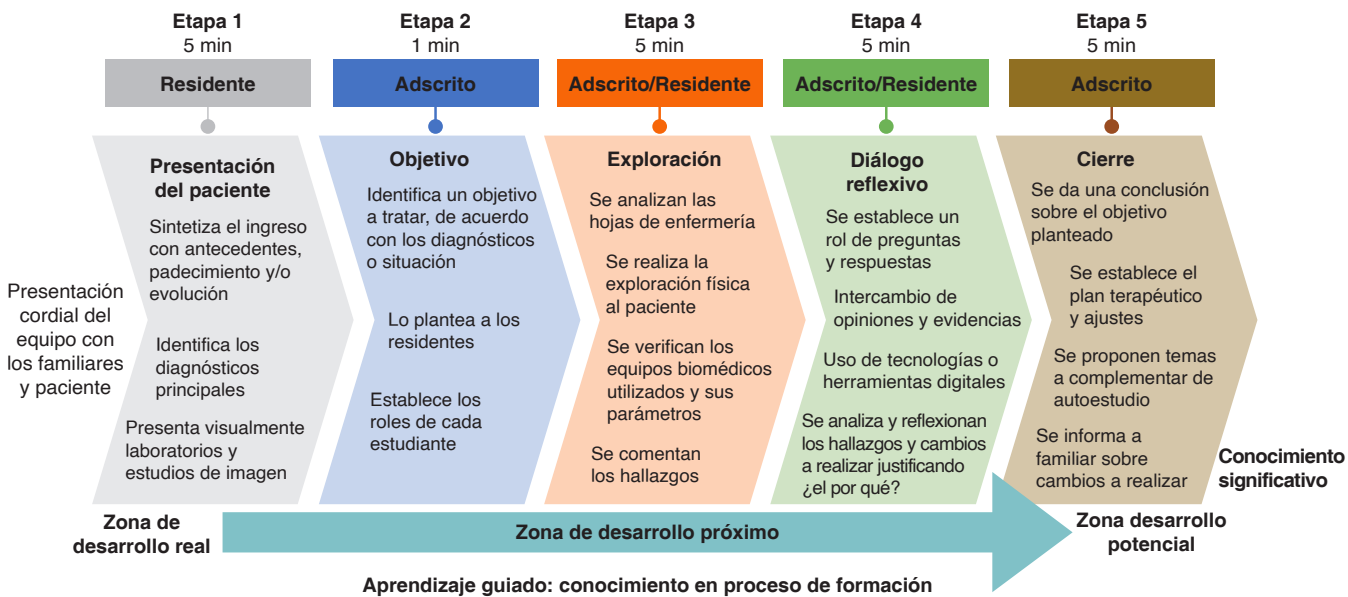


Figura 2: Cinco pasos para un pase de visita académico efectivo en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA), basados en la teoría de desarrollo próximo (ZDP) Vygotsky (adaptado al contexto formativo médico de la UCIA por Monzón Lores, José Raúl, 2025). La figura describe un modelo progresivo que integra cinco etapas: 1) Presentación del paciente (contextualización inicial). 2) Determinación de un objetivo (enfoque guiado por el docente). 3) Exploración clínica (interacción colaborativa ZDP). 4) Diálogo reflexivo (internalización mediante andamiaje). 5) Cierre (consolidación autónoma, zona de desarrollo potencial). Nota: el diseño enfatiza la construcción gradual de competencias, alineado con Vygotsky (1978) y adaptado a la UCIA.

En la etapa final, el médico adscrito sintetiza las conclusiones derivadas del diálogo reflexivo. Se retoma el objetivo planteado al inicio y se evalúa si se cumplió o si requiere ajustes. Posteriormente, se establece un plan terapéutico actualizado, que incluye cambios en medicamentos, ajustes en ventilación mecánica o modificaciones en el soporte hemodinámico. Además, se proponen temas de autoestudio para los residentes, relacionados con los aspectos clínicos discutidos durante el PVA. Finalmente, se informa a los familiares del paciente sobre los cambios realizados y se resuelven sus dudas, asegurando una comunicación clara y empática. Este cierre permite consolidar el aprendizaje y refuerza la confianza de los familiares en el equipo médico.

De esta forma, el modelo de pase de visita académico (PVA) efectivo en la UCI se estructura como una herramienta pedagógica y clínica que optimiza el tiempo limitado disponible, asegurando la atención integral del paciente y la formación médica de calidad.

Estas cinco etapas, permite lograr un equilibrio entre la síntesis de información, el razonamiento clínico, la aplicación de evidencia científica y la comunicación con el equipo y los familiares, donde el enfoque se alinee con los principios de la teoría educativa (aprendizaje activo, diálogo reflexivo y la zona de desarrollo próximo), también se adapta a la realidad de entornos con recursos restringidos, donde la eficiencia es clave.

La implementación de este modelo garantiza que, incluso en condiciones de alta demanda asistencial, la educación médica no se vea comprometida, sino que se integre de manera natural y efectiva en la práctica clínica diaria. Así, se consolida un esquema replicable que puede ser adaptado a distintos contextos, siempre con el objetivo de fortalecer la calidad de la atención y la formación de futuros especialistas.

DISCUSIÓN

La implementación de un PVA estructurado en cinco etapas representa una innovación significativa en el ámbito de la educación médica y la atención clínica en la UCI. Este modelo optimiza el tiempo disponible y asegura que se aborden los aspectos más relevantes del caso clínico de manera sistemática. La etapa 1 (Presentación del paciente) permite al residente desarrollar habilidades de síntesis y comunicación, mientras que la etapa 2 (Objetivo) asegura que el PVA tenga un enfoque claro y bien definido.

La etapa 3 (Exploración) es crucial para integrar la teoría con la práctica, ya que los residentes aplican sus conocimientos en la revisión de datos clínicos y la exploración física. Por su parte, la etapa 4 (Diálogo reflexivo) fomenta el pensamiento crítico y el aprendizaje activo, al tiempo que promueve la toma de decisiones basada en evidencia. Finalmente, la etapa 5 (Cierre)

consolida el aprendizaje y refuerza la comunicación con los familiares, lo que es esencial para humanizar la atención en un entorno tan crítico como la UCI.

Sin embargo, la implementación de este modelo no está exenta de desafíos. La alta carga de trabajo y la falta de tiempo en las UCI mexicanas pueden dificultar la adopción de esta metodología. Además, es necesario capacitar a los médicos adscritos en técnicas pedagógicas efectivas para garantizar que el PVA cumpla con sus objetivos educativos. A pesar de estos retos, el modelo propuesto tiene el potencial de transformar la manera en que se realiza el PVA, beneficiando tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud en formación.

El PVA en la UCI es una actividad que combina la atención clínica con la educación médica, lo que la convierte en una herramienta poderosa para el desarrollo de competencias en los profesionales de la salud. Sin embargo, su efectividad depende de varios factores, como la estructuración del proceso, la participación activa de los estudiantes y la capacidad del docente para integrar la teoría con la práctica.

Es fundamental que el PVA esté bien organizado y centrado en objetivos de aprendizaje claros. Esto implica seleccionar casos clínicos relevantes, establecer un ambiente de respeto y colaboración, y fomentar la participación activa de todos los miembros del equipo. Además, el uso de técnicas como el aprendizaje basado en problemas (ABP) y la simulación clínica puede enriquecer el PVA, permitiendo a los estudiantes aplicar sus conocimientos en situaciones reales o simuladas.

El rol del docente es crucial, un buen docente en la UCI debe tener un conocimiento profundo de la medicina crítica y las habilidades pedagógicas para guiar a los estudiantes en su proceso de aprendizaje. Esto incluye la capacidad de hacer preguntas desafiantes, proporcionar retroalimentación constructiva y adaptar el PVA a las necesidades individuales de los estudiantes.

Finalmente, es importante considerar las barreras que pueden dificultar la realización de un PVA efectivo en la UCI, como la falta de tiempo, la sobrecarga de trabajo y la diversidad de niveles de experiencia entre los participantes. Para superar estos desafíos, es necesario implementar estrategias como la planificación anticipada, la rotación de roles y el uso de tecnologías educativas.

CONCLUSIONES

El modelo de PVA estructurado en cinco etapas es una herramienta prometedora para optimizar la educación médica y la atención al paciente en la UCI, especialmente en contextos con recursos y tiempos limitados, como es el caso de México.

La estandarización del PVA permite abordar de manera sistemática los aspectos clínicos, educativos y co-

municativos, lo que mejora la calidad de la atención y fomenta el aprendizaje significativo en los residentes. La inclusión de los familiares en el proceso refuerza la transparencia y humanización de la atención, lo que es fundamental en un entorno tan crítico como la UCI.

Aunque la implementación del modelo puede enfrentar desafíos, como la falta de tiempo y la necesidad de capacitación docente, sus beneficios justifican los esfuerzos necesarios para su adopción. Este estudio sienta las bases para futuras investigaciones que evalúen el impacto del modelo en los resultados clínicos y educativos, así como su aplicabilidad en otras unidades de cuidados intensivos.

AGRADECIMIENTOS

Al hospital H+ Querétaro y médicos residentes por permitir enseñar una forma distinta de ver la enseñanza y educación médica.

REFERENCIAS

- Yepes AF, Gomez L, Barrios DD. An approach to intensive care unit rounds utilizing 5, 10, and 15-minute strategies. *ATS Sch*. 2024;5(3):365-374. doi: 10.34197/ats-scholar.2023-0088PS.
- Nava Espinosa R. El pase de visita en la enseñanza médica: reflexión desde la Teoría de la Actividad. *Investigación Educ Médica*. 2019;8(30):119-129. doi: 10.22201/facmed.20075057e.2019.30.18163.
- Tornés GBB, Brizuela CMG, Brizuela YG. ¿Cómo contribuir desde el pase de visita a la formación integral del estudiante de medicina? *MEDISAN* [Internet]. 2016;20(1):92. Disponible en: https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/489/html_214
- Lauricira Hernández DC. El pase de visita: consideraciones sobre su importancia en las asignaturas de Propedéutica Clínica y Medicina Interna. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2012;34(3):398-403. Disponible en: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1022/html>
- Álvarez Rodríguez A, Gallardo Gálvez JL. El pase de visita docente asistencial. *Medimay* [Internet]. 2000;6(2):123-126. Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/46/html>
- Roca Goderich R, Rizo Rodríguez R, de Dios Lorente JA. Metodología para el desarrollo del pase de visita docente asistencial. *MEDISAN* [Internet]. 2011;15(12):1810-1818. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/260766107_Metodologia_para_el_desarrollo_del_pase_de_visita_docente_asistencial
- Ramani S. Twelve tips to improve bedside teaching. *Med Teach*. 2003;25(2):112-115. doi: 10.1080/0142159031000092463.
- Corona MLA, Fonseca HM. Fundamentos teóricos para la modelación del pase de visita como actividad docente-asistencial (I). *Medisur*. 2013;11(4):431-442.
- Garcés HG, Navarro Aguirre L, López Pérez M, Rodríguez Orizondo MF. Tecnologías de la información y la comunicación en salud y educación médica. *EduMeCentro* [Internet]. 2014;6(1):253-265. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4714192&info=resumen&idioma=ENG>
- Ventola CL. Mobile devices and apps for health care professionals: uses and benefits. *P T*. 2014;39(5):356-364.
- Graue Wiechers E, Sánchez Mendiola M, Durante Montiel I, Rivero Serrano O. Educación en las residencias médicas. México, D.F.: Editores de Textos Mexicanos; 2010.
- Vidal Ledo M, Fernández Sacasas JA. La enseñanza de la Clínica Reflexiones sobre el tema. *Educ Med Super* [Internet]. 2005;19(2):1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412005000200010&lng=es
- Sabri N, Sun NZ, Cummings BA, Jayaraman D. The perceived effect of duty hour restrictions on learning opportunities in the Intensive Care Unit. *J Grad Med Educ*. 2015;7(1):48-52. doi: 10.4300/JGME-D-14-00180.1.
- Tainter CR, Wong NL, Bittner EA. Innovative strategies in critical care education. *J Crit Care*. 2015;30(3):550-556. doi: 10.1016/j.jcrc.2015.02.001.
- Croley WC, Rothenberg DM. Education of trainees in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2007;35(2 Suppl):S117-S121. doi: 10.1097/01.CCM.0000252917.25301.18.
- Almoosa KF, Goldenhar LM, Puchalski J, Ying J, Panos RJ. Critical care education during internal medicine residency: a national survey. *J Grad Med Educ*. 2010;2(4):555-561. doi: 10.4300/JGME-D-10-00023.1.
- Barrett H, Bion JF. An international survey of training in adult intensive care medicine. *Intensive Care Med*. 2005;31(4):553-561. doi: 10.1007/s00134-005-2583-7.
- Peters M, Ten Cate O. Bedside teaching in medical education: a literature review. *Perspect Med Educ*. 2014;3(2):76-88. doi: 10.1007/s40037-013-0083-y.
- Kim MM, Barnato AE, Angus DC, Fleisher LA, Kahn JM. The effect of multidisciplinary care teams on intensive care unit mortality. *Arch Intern Med*. 2010;170(4):369-376. doi: 10.1001/archinternmed.2009.521.
- Lane D, Ferri M, Lemaire J, McLaughlin K, Stelfox HT. A systematic review of evidence-informed practices for patient care rounds in the ICU*. *Crit Care Med*. 2013;41(8):2015-2029. doi: 10.1097/CCM.0b013e31828a435f.
- Cox CE, Carson SS, Ely EW, Govert JA, Garrett JM, Brower RG, et al. Effectiveness of medical resident education in mechanical ventilation. *Am J Respir Crit Care Med*. 2003;167(1):32-38. doi: 10.1164/rccm.200206-624OC.
- Hayes CW, Rhee A, Detsky ME, Leblanc VR, Wax RS. Residents feel unprepared and unsupervised as leaders of cardiac arrest teams in teaching hospitals: a survey of internal medicine residents. *Crit Care Med*. 2007;35(7):1668-1672. doi: 10.1097/01.CCM.0000268059.42429.39.
- Colletti JE, Flottesmesch TJ, O'Connell T, Ankel FK, Asplin BR. Teaching and clinical efficiency: competing demands. *West J Emerg Med*. 2012;13(2):186-193. doi: 10.5811/westjem.2011.10.6842.
- Irby DM, Wilkerson L. Teaching when time is limited. *BMJ*. 2008;336(7640):384-387. doi: 10.1136/bmj.39456.727199.AD.
- Neher JO, Gordon KC, Meyer B, Stevens N. A five-step "microskills" model of clinical teaching. *J Am Board Fam Pract*. 1992;5(4):419-424.
- Aagaard E, Teherani A, Irby DM. Effectiveness of the one-minute preceptor model for diagnosing the patient and the learner: proof of concept. *Acad Med*. 2004;79(1):42-49. doi: 10.1097/00001888-200401000-00010.
- Farrell SE, Hopson LR, Wolff M, Hemphill RR, Santen SA. What's the evidence: a review of the one-minute preceptor model of clinical teaching and implications for teaching in the emergency department. *J Emerg Med*. 2016;51(3):278-283. doi: 10.1016/j.jemermed.2016.05.007.
- Bhave M, Brzezinski M. Teaching in the ICU: A Comprehensive Review. *ICU Dir*. 2013;4(6):270-278.
- Rudolph JW, Simon R, Raemer DB, Eppich WJ. Debriefing as formative assessment: closing performance gaps in medical education. *Acad Emerg Med*. 2008;15(11):1010-1016. doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00248.x.
- Green GM, Chen EH. Top 10 ideas to improve your bedside teaching in a busy emergency department. *Emerg Med J*. 2015;32(1):76-77. doi: 10.1136/emered-2014-204211.
- Watling CJ, Lingard L. Toward meaningful evaluation of medical trainees: the influence of participants' perceptions of the process. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2012;17(2):183-194. doi: 10.1007/s10459-010-9223-x.
- Gonzalo JD, Heist BS, Duffy BL, Dyrbye L, Fagan MJ, Ferencik G, et al. Content and timing of feedback and reflection: a multi-

- center qualitative study of experienced bedside teachers. *BMC Med Educ.* 2014;14:212. doi: 10.1186/1472-6920-14-212.
33. Tainter CR, Wong NL, Cudemus-Deseda GA, Bittner EA. The "Flipped Classroom" model for teaching in the Intensive Care Unit. *J Intensive Care Med.* 2017;32(3):187-196. doi: 10.1177/0885066616632156.
 34. Carlos WG, Kritek PA, Clay AS, Luks AM, Thomson CC. Teaching at the bedside. Maximal impact in minimal time. *Ann Am Thorac Soc.* 2016;13(4):545-548. doi: 10.1513/AnnalsATS.201601-018AS.
 35. Crumlish CM, Yialamas MA, McMahon GT. Quantification of bedside teaching by an academic hospitalist group. *J Hosp Med.* 2009;4(5):304-307. doi: 10.1002/jhm.540.
 36. Chudgar SM, Cox CE, Que LG, Andolsek K, Knudsen NW, Clay AS. Current teaching and evaluation methods in critical care medicine: has the Accreditation Council for Graduate Medical Education affected how we practice and teach in the intensive care unit? *Crit Care Med.* 2009;37(1):49-60. doi: 10.1097/CCM.0b013e31819265c8.
 37. Chan SJ, Archibald HL, Conner SM. NET Rounding: a novel approach to efficient and effective rounds for the modern clinical learning environment. *BMC Med Educ.* 2022;22(1):600. doi: 10.1186/s12909-022-03599-x.
 38. Espinosa Brito A. Ética en el pase de visita hospitalario. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2006;32(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400008&lng=es
 39. Mariscal Palle E, Navia Molina O, Paniagua J, de Urioste Nardin R, Espejo EE. Maltrato y/o violencia: fenómeno de estudio en centros de enseñanza asistenciales: Internado Rotatorio de Medicina gestión 2005 - 2006. *Cuad Hosp Clin* [Internet]. 2007;52(1):46-54. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762007000100007&lng=es
 40. Aguirre-Gas HG. Principios éticos de la práctica médica. *Cir Cir.* 2004;72(6):17.
 41. Vygotsky LS. Chapter 4: Internalization of higher psychological functions. In: *Mind in society: the development of higher psychological processes.* Cambridge (MA): Harvard University Press; 1978. p. 159.
 42. Wertsch JV. Vygotsky and the social formation of mind. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1988.
 43. Vygotsky LS. *Educational psychology.* London: Routledge; 2020. pp. 1-416.

Correspondencia:

José Raúl Monzón Lores

E-mail: raulmonzon51@gmail.com