

INSTRUCCIONES

Pase de visita en la comunidad

Community visiting pass

MsC. Maritza Alcaraz Agüero ¹

- 1 Especialista de I Grado en Medicina Interna y de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Longevidad Satisfactoria. Policlínico Universitario "Armando García Aspurú", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

El pase de visita en la comunidad es la observación diaria que se realiza a las personas ingresadas en policlínicos (u hospitales), para evaluar su estado de salud o la evolución de su cuadro clínico, a fin de efectuar las indicaciones necesarias para su rehabilitación, de manera que deviene la forma organizativa docente-asistencial básica de las especialidades médicas. Agrupa en torno al paciente a todos aquellos que participan en su diagnóstico y tratamiento (grupo básico de trabajo), de modo que a través de ese mecanismo se reafirman valores como el humanismo, la ética, la moral, la responsabilidad y la solidaridad; por consiguiente, constituye una forma novedosa para organizar la enseñanza en la atención primaria de salud.

Palabras clave: pase de visita, grupo básico de trabajo, policlínico, atención primaria de salud

ABSTRACT

The community visiting pass is the daily observation made by health workers to the persons hospitalized in polyclinics (or hospitals) in order to assess their health condition or clinical pattern progression so as to carry out the necessary instructions for their rehabilitation. It has become the basic-assisting-teaching-organizational method of medical specialties. In addition, it allows the gathering of all those persons who have to do with the treatment and the diagnosis around the patient (i.e. working basic group); thus, values such as humanism, ethics, moral, responsibility, and solidarity are confirmed through this mechanism. As a result, it constitutes a novel method to organize the teaching process in primary health care.

Key words: visiting pass, working basic group, polyclinic, primary health care

INTRODUCCIÓN

Desde tiempos remotos, los médicos visitaban a sus pacientes en el hogar -- sobre todo a los que no podían ambular -- para atenderles por sus dolencias, puesto que no había hospitales. En la Edad Media surgieron los primeros nosocomios, que fueron

desarrollándose paulatinamente hasta que en el siglo XIX, sobre todo a partir de su segunda mitad y finales, las visitas médicas a las viviendas comenzaron a disminuir de forma gradual.¹

Con la creación en 1984 del Subsistema del Médico y Enfermera de Familia en Cuba se implantó la atención médica domiciliaria continua a pacientes que necesitaban un seguimiento clínico diario de su estado de salud y no requerían permanecer hospitalizados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, pero sí debían guardar reposo en cama y mantenerse aislados;² de igual manera serían beneficiados a expensas de esa medida sanitaria, las personas con dificultades para trasladarse al consultorio por hallarse muy enfermas o débiles, aquejadas de fuertes dolores, discapacitadas (ya fuese por alguna limitación o ancianidad) o afectadas por algún padecimiento crónico.^{3,4}

El pase de visita es la observación diaria realizada por médicos, personal de enfermería o técnico, así como estudiantes, a los pacientes ingresados en salas hospitalarias o policlínicos (en estos últimos, a cargo del grupo básico de trabajo), con el propósito de evaluar su estado de salud, precisar su evolución y prescribir las medidas necesarias para su recuperación y rehabilitación.^{6,7} Constituye la forma organizativa docente-asistencial fundamental de las especialidades médicas, pues integra alrededor de la persona enferma a todos los que participan en su asistencia,⁸ de modo que debe ser el taller y la escuela donde se forjen las mejores tradiciones clínicas delante de los individuos con los males de mayor complejidad diagnóstica y terapéutica.

El objetivo general del pase de visita es la observación conjunta de la evolución de los problemas de salud que aquejan a los pacientes ingresados para tomar medidas que lleven a su más rápida recuperación, lograr a la vez la educación progresiva del enfermo y sus familiares, así como de todo el personal que participa en esta actividad.⁶

De la maestría de los que dirigen y controlan el pase de visita, depende en gran medida la coordinación y canalización adecuada de todos los esfuerzos en torno a los pacientes, sin menospreciar que se deben tener muy en cuenta los conocimientos, destrezas y valores de todos los que se integran en él. Por consiguiente, el pase de visita educa progresivamente a pacientes y familiares, pero también a todo el personal que participa en esta actividad.^{6,7}

En Cuba, la academia de medicina desplaza su eje de formación hacia la comunidad, (donde se desempeñarán como profesionales) en su modalidad de *municipalización* de los estudios universitarios. El policlínico, que es el escenario principal para la formación del médico general básico y el especialista en medicina general integral, adquiere la categoría de universidad con el nuevo Proyecto de Policlínico Universitario (PPU).⁹

Al respecto, el pase de visita es una actividad de educación en el trabajo exclusiva de la esfera médica, puesto que sus objetivos docentes y asistenciales están íntimamente relacionados.¹⁰ Persigue como fin que el educando desarrolle habilidades con la aplicación del método clínico para analizar y solucionar problemas sanitarios, por cuanto deviene una forma de práctica preclínica donde el estudiante comienza a adquirir habilidades sensoriales, así como de ciertos procedimientos de diagnóstico, terapéuticos, de enfermería y de atención a las personas sanas, pacientes ambulatorios o ingresados en centros asistenciales del nivel secundario.¹¹

- **Hospitalización en el domicilio**

Surgió en las últimas décadas del siglo XX como alternativa de la hospitalización convencional para optimizar la gestión del capital humano en salud pública, reducir el gasto sanitario y proveer de servicios al paciente de forma más eficaz.¹¹ Estudios a los efectos demuestran que habitualmente ingresan en el hogar los lactantes, los adultos de 40-59 años y los ancianos, sobre todo a causa de afecciones respiratorias, que suelen requerir el uso de antimicrobianos, analgésicos y antipiréticos, en ese orden.¹²

El pase de visita en la comunidad permite egresar más rápidamente del hospital; es una alternativa aceptable para la atención institucional a largo plazo y para los que sufren una discapacidad grave y permanente, además de que resulta una modalidad más económica que el ingreso en dicha institución.⁴ Tiene como ventajas que los pacientes enfrentan mejor su enfermedad si permanecen en un ambiente familiar y que se evitan las consecuencias indeseables motivadas por la separación de su medio, sobre todo si se trata de adultos mayores.¹³

La atención a pacientes en fases terminales de la enfermedad y moribundos deviene otra de las justificaciones para el ingreso en el hogar. La persona se siente menos sola y puede morir con dignidad cuando ello ocurre en compañía de aquellos cuya presencia le proporcionó las mayores recompensas en su vida.⁴

Aunque la medicina probablemente pueda ejercerse con idoneidad en un ambiente bien equipado, el arte de esa rama de las ciencias se cumple mejor en el domicilio del paciente o en la cabecera del enfermo.¹¹ Se tiene información acerca del seguimiento ambulatorio a niños con estado febril, clasificados como no afectados por un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica con bajo riesgo de infección bacteriana grave.¹³

FUNCIONES DEL PERSONAL DOCENTE

El profesor, como máximo responsable, ha de tener un nivel académico suficiente para poder transmitir al estudiantado (cuya cifra no debe exceder de 15) los conocimientos indispensables con sumo rigor científico, a fin de que logren desempeñarse adecuada y éticamente en su radio de acción; por todo ello^{14, 15} debe:

- Atender, dirigir, supervisar y evaluar el trabajo de cada alumno.
- Insistir en la importancia de la atención primaria de salud y la aplicación del enfoque clínico, epidemiológico y social de la medicina.
- Explicar claramente los objetivos del pase de visita en la comunidad.
- Conseguir que adquieran el dominio de los métodos y técnicas para aplicar los conocimientos.
- Desarrollar nuevas cualidades y hábitos de trabajo.
- Profundizar en el análisis semiológico de los datos del interrogatorio y reconocimiento físico.
- Interpretar correctamente los resultados de los exámenes de laboratorio clínico e imagenológicos.
- Incorporar la práctica de promoción de salud, prevención de enfermedades y cuidados al paciente.
- Dominar el método epidemiológico.
- Enriquecer su formación humanista y político-ideológica.

PASE DE VISITA EN LA COMUNIDAD

El Plan de estudio vigente en las Universidades Médicas cubanas, incluye integralmente, la promoción de salud, la solución de los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad, con la comprensión del individuo en su integridad biológica, psicológica y social, el diagnóstico de las enfermedades, su tratamiento y la rehabilitación del individuo, todo lo anterior en un adecuado marco comunicativo y todo esto se cumple en el pase de visita comunitario.^{16,17}

Etapas del pase de visita¹¹

- Organización de la actividad
- Presentación del paciente
- Análisis colectivo
- Conclusiones

De acuerdo con la experiencia propia, durante la educación en el trabajo se desglosa cada aspecto como sigue:

Organización de la actividad

- Identificar al paciente y la familia objeto de estudio según el objetivo trazado.
- Visitar a esta familia y solicitar su consentimiento para visitar al paciente en el horario más adecuado, con vistas a no violar los principios de la ética médica, tan habitualmente incumplidos.
- Informar al equipo de salud y a los estudiantes acerca del día y la hora del ejercicio.
- Preparar los aspectos que serán analizados durante la visita, teniendo en cuenta lo establecido en la metodología a los efectos, pues no se precisa improvisar.
- Presentarse en el hogar a la hora prevista y explicar el objeto de la visita a pacientes, familiares y alumnos.

Presentación del paciente

- Presentar a la familia del paciente, para lo cual el especialista en medicina general integral se apoyará en el familiograma.
- Asignar a cada estudiante los pacientes que serán evaluados (puede ser incluso uno).
- Monitorear el desempeño de los educandos, pues la medicina se aprende y se enseña haciendo.
- Utilizar este tiempo, por parte del grupo básico de trabajo, para concurrir al hogar e identificar los posibles riesgos existentes en el entorno.

Análisis colectivo

- Revisar la historia clínica confeccionada por los estudiantes.
- Intercambiar criterios con los educandos en cuanto a si anotaron todas las manifestaciones clínicas referidas y observadas, cumplieron la cronología normada para registrarlas y siguieron la pirámide docente.
- Plantear lo concerniente al síndrome o resumen sindrómico y sus causas. Los alumnos del quinto semestre llegarán solo hasta esta etapa, pero los del sexto serán capaces de desarrollar la discusión diagnóstica y someter a valoración el diagnóstico presuntivo.
- Leer e interpretar los resultados de laboratorio, lo que podrá ser efectuado por el personal de enfermería.

- Analizar las imágenes o trazados en los estudios con esas características (si fueron indicados) y compararlos con lo que se esperaba previamente encontrar.
- Valorar la evolución clínica del paciente, en este caso a cargo del equipo formado por médico/enfermera/interno, al ser ellos quienes han seguido de cerca al enfermo.
- Profundizar en el tratamiento y las dosis prescritas, a fin de precisar si es necesario mantenerlos, modificarlos o cambiarlos, así como orientar detenidamente al paciente y sus familiares acerca de la enfermedad en cuestión y su plan terapéutico.
- Informar sobre el recorrido realizado por el resto del equipo a la vivienda y debatir las soluciones propuestas para resolver los problemas, fundamentalmente de índole sanitaria.
- Transcribir las observaciones pertinentes en las historias clínicas (individual y de salud familiar).
- Resumir lo relacionado con la actividad: cumplimiento de los objetivos, corrección de modos de actuar, resultados de las evaluaciones, orientaciones para el estudio individual, despedida de la familia (por parte del equipo) e indicación de la próxima visita.

Si bien los conocimientos se adquieren por muy disímiles vías, en cambio los valores se transmiten de una persona a otra, o sea, de maestro a aprendiz; no solo mirando, sino también haciendo bajo el ojo avizor de quien enseña, de manera sistemática y planificada, día tras día. Este es el fundamento básico de la educación en el trabajo que se aplica en Cuba y en las carreras médicas, con los pacientes y sus familiares, en todas las instituciones de salud.⁷

El profesor de propedéutica clínica tiene la medular tarea pedagógica de enseñar integralmente al futuro médico la importantísima labor de observar, interrogar, examinar, diagnosticar, pronosticar y medicar, así como también la misión de despertar en los educandos el amor por la medicina y la vocación por su ejercicio.¹⁸⁻²⁰

La función del docente en el área clínica, más que formar en el sentido tradicional del término, es la de propiciar el aprendizaje a través de un trabajo diario sostenido, arduo, independiente y tolerante, de manera que al ser su guía, debe tener un alto grado de sensatez, sensibilidad y solidez científica. Para los estudiantes de medicina, el pase de visita es clave en su afán de aprender bien el método clínico, el fundamento científico de la clínica, la habilidad esencial del futuro profesional y, como aseguraba Ilizástigui,¹⁸ el amplio despliegue en esta actividad.

El pase de visita ha sido y es el crisol de las más valiosas tradiciones clínicas para garantizar una asistencia holística de calidad a los pacientes ingresados y funcionar como un taller de enseñanza-aprendizaje del método clínico, basado en la educación en el trabajo. Por desarrollarse en el escenario real de la práctica clínica hospitalaria o domiciliaria, requiere la observancia de todos los principios de la ética médica para ser consecuentes con las ideas defendidas y convencidamente transmitidas, si se aspira a lograr la excelencia en la atención médica y la docencia.⁷

Por consiguiente, el profesor debe ser lo forzosamente hábil para fomentar en los alumnos una actitud crítica e inquisitiva, que no solo permita calibrar sus capacidades y destrezas, sino también valorar en qué medida comprenden y asimilan su humanitaria labor, lo cual se verifica como convencionalmente se ha hecho y todavía sigue haciéndose: formulando preguntas de comprobación sobre los temas tratados.

CONCLUSIONES

El pase de visita en la comunidad es una forma novedosa entre los esquemas organizativos de la enseñanza-aprendizaje en el nivel primario de atención, pues durante su ejecución se cumplen las etapas del método científico (observación, hipótesis y comprobación), a la vez que se reafirman valores como el humanismo, la ética, la moral, la responsabilidad y la solidaridad; imprescindibles para garantizar salud con calidad y calidez.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eytsemitan F. Care of elderly persons in the family: an approach based on a development model. *Psychol Rep* 2000; 86(1):281-6.
2. Díaz Novás J, Gallego Machado BR, León López R. La visita médica al hogar. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2007; 23(1).
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es> [consulta: 18 septiembre 2010].
3. Cuidados para el adulto mayor en el hogar.
<<http://www.alemanatemuco.cl/not/not/catnot040518.html>> [consulta: 14 julio 2010].
4. Reyes Sigarreta MR, Garrido García JG, Balado Sanzón R, Llanes Álvarez MR. Grado de satisfacción de los médicos de familia con el procedimiento de ingreso domiciliario. *Revista Cubana Med Gen Integr* 2003; 19(5).
<http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_5_03/mgi03503.htm> [consulta: 24 agosto 2010].
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de Atención Integral al Adulto. La Habana: MINSAP, 1986.
6. Espinosa Brito A. Ética en el pase de visita hospitalario. *Rev Cubana Salud Pública* 2006; 32(4). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es> [consulta: 24 agosto 2010].
7. Arteaga JJ. Didáctica de las disciplinas y asignaturas clínicas. La Paz: Universidad Mayor de San Andrés, 1998.
8. Sansó Soberats FJ. El policlínico universitario. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2006; 22(2). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es> [consulta: 24 agosto 2010].
9. Naranjo Ferregut JA, Delgado Cruz A, Forcelledo Llano CR, Camejo Macías M. Aspectos metodológicos del ingreso en el hogar. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000; 16(6):606-8.
10. Campillo Motilva R. El ingreso en el hogar y la municipalización de la enseñanza de la medicina. <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_2_08/mgi13208.htm> [consulta: 18 septiembre 2010].

11. García Farinas A, Rodríguez Salva A, Vos P de, Der Stuyft P van. Ingreso en el hogar: empleo de medicamentos y sus efectos económicos. Rev Cubana Farmacol 2008; 42(1).
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475152008000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es> [consulta: 18 septiembre 2010].
12. Marrero Cartaza JC, Álvarez Rodríguez A. Seguimiento en el hogar de niños febriles clasificados de no síndrome de respuesta inflamatoria. Rev Ciencias Médicas Habana 2008; 14(3).
<http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol14_3_08/hab07308.html> [consulta: 18 septiembre 2010].
13. González Escalante A. Análisis de la situación de salud de la comunidad, su importancia como actividad docente en la atención primaria de salud. Educ Med Sup 2006; 20(2). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412006000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es> [consulta: 14 julio 2010].
14. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica. La Habana: MINSAP, 1996.
15. Márquez Socarrás CJ, Gómez Paz M, Torres Guevara N. Propuesta de acciones para el perfeccionamiento de las competencias docentes de los pediatras del Hospital Pediátrico de Sancti Spíritus. Gac Méd Espirituana 2006; 8(1).
<[http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.8.\(1\)_07/p7.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.8.(1)_07/p7.html)> [consulta: 14 julio 2010].
16. Pedroso Ramos L. La educación médica superior: un reto en el siglo XXI. Rev Ciencias Médicas Habana 2008; 14 (2).

<http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol14_2_08/hab01208.htm> [consulta: 18 septiembre 2010].
17. Ilizástigui F. El método clínico: muerte y resurrección. Educ Med Sup 2000; 14(2): 109-27.
18. Aldereguía J. Problemas de higiene social y organización de la salud pública. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1985.
19. González R. Humanismo, espiritualidad y ética en la atención a la salud. ¿Realidad o utopía en el contexto neoliberal? La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2005.
20. Espinosa AD. La unicidad en la diversidad. Factores en cuestión. Bol Ateneo Juan César García 1996; 4:93-103.

Recibido: 20 de septiembre de 2010

Aprobado: 18 de octubre de 2010

MSc. Maritza Alcaraz Agüero. Policlínico Universitario "Armando García Aspurú",
calles 1ra y 10, reparto Ampliación de Terrazas, Santiago de Cuba, Cuba
Dirección electrónica: maritza.alcaraz@medired.scu.sld.cu