

El pase de visita como dispositivo pedagógico centrado en el paciente

Álvaro Herrera Alcaíno^{a,†}

Facultad de Medicina



Resumen

Introducción: El pase de visita es una escena central de la medicina hospitalaria y de la formación clínica. En él convergen la atención del paciente, la coordinación del equipo, la deliberación diagnóstica y terapéutica, y una parte importante del aprendizaje cotidiano de estudiantes y residentes. Pese a esa centralidad, su estatuto pedagógico permanece insuficientemente desarrollado y el paciente suele aparecer más como contexto del aprendizaje que como sujeto constitutivo del dispositivo.

Objetivo: Integrar la literatura sobre *ward rounds*, *bedside rounds*, aprendizaje en el trabajo, comunicación clínica centrada en la persona, alfabetización en salud, técnica de preguntas, verbalización del razonamiento experto, educación basada en competencias y actividades profesionales a confiar, para proponer una reconceptualización del pase de visita como dispositivo pedagógico centrado en el paciente.

Método: Se realizó una revisión narrativa de carácter conceptual, orientada a estudios empíricos, revisiones

sistemáticas, guías y artículos fundacionales del campo. La síntesis se organizó de manera temática e interpretativa.

Resultados: La evidencia muestra que el valor educativo del pase de visita depende de la calidad de la participación, de la visibilidad del razonamiento clínico, del uso deliberado de preguntas, de la organización del entorno asistencial y de la inclusión del paciente como interlocutor clínico y sujeto de educación en salud. A partir de esta integración, se propone un modelo con cuatro dimensiones interdependientes —clínica, pedagógica, relacional y evaluativa— articuladas por un eje transversal de centralidad del paciente y educación en salud.

Conclusiones: Esta lectura sitúa al pase de visita como un escenario privilegiado para el aprendizaje situado, la progresión hacia mayores niveles de autonomía, la observación de actividades profesionales complejas y el desarrollo de la competencia educadora de los profesionales de la salud. Pensado de este modo, el round debe diseñarse con mayor intención y aprovecharse como una

^aFacultad de Medicina, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile.
ORCID ID:

[†]<https://orcid.org/0009-0007-4861-2144>

Recibido: 13-abril-2026. Aceptado: 10-junio-2026.

Autor de correspondencia: Álvaro Herrera Alcaíno.

Correo electrónico: alvaro.herrera@uss.cl

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

práctica que integra cuidado, aprendizaje del equipo y educación del paciente.

Palabras clave: *Pase de visita; ward rounds; aprendizaje en el trabajo; educación del paciente; razonamiento clínico.*

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Ward rounds as a patient-centred pedagogical device

Abstract

Introduction: Ward rounds remain central to hospital care and clinical training. They bring together patient care, team coordination, diagnostic and therapeutic deliberation, and a substantial part of students' and residents' everyday learning. Despite this centrality, their pedagogical status remains underdeveloped and patients are often portrayed more as the context of learning than as constitutive subjects of the educational device.

Objective: To integrate the literature on ward rounds, bedside rounds, workplace learning, person-centred clinical communication, health literacy, questioning techniques, verbalization of expert reasoning, competency-based medical education, and entrustable professional activities, in order to propose a reconceptualization of ward rounds as a patient-centred pedagogical device.

Method: A conceptual narrative review was conducted, drawing on empirical studies, systematic reviews, AMEE guides, and foundational papers in the field. The synthesis was organized thematically and interpretively.

Results: The educational value of ward rounds depends on the quality of participation, the visibility of clinical reasoning, the deliberate use of questioning, the organization of the care environment, and the inclusion of the patient as both a clinical interlocutor and a recipient of health education. Based on this integration, a model is proposed with four interdependent dimensions - clinical, pedagogical, relational, and evaluative - organized around a transversal axis of patient centrality and health education.

Conclusions: This perspective positions ward rounds as a privileged setting for situated learning, progressive autonomy, observation of complex professional activities, and development of health professionals' educational competence. Under this view, rounds should be designed more intentionally as a practice that integrates care, team learning, and patient education.

Keywords: *Ward rounds; workplace learning; patient education; clinical reasoning; competency-based medical education.*

This is an Open Access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

El pase de visita conserva una vigencia singular en la medicina hospitalaria. Su permanencia se explica por su capacidad para reunir en una misma escena la atención clínica, la organización del equipo, la circulación de información y una parte importante del aprendizaje cotidiano de quienes se forman en el hospital. Allí, el trabajo asistencial y la enseñanza coexisten con una densidad difícil de reproducir en otros escenarios clínicos^{1,2}.

La literatura ha mostrado que este escenario posee un claro valor educativo, aunque de manera heterogénea. Las revisiones recientes indican que estudiantes y residentes reconocen el potencial formativo

de los *ward rounds*, pero también describen barreras persistentes asociadas a participación limitada, falta de objetivos docentes explícitos, presión asistencial y variabilidad en la estructura del encuentro^{3,4}. A ello se suman dificultades organizacionales y culturales que condicionan la implementación de *bedside rounds*, entre ellas la percepción de ineficiencia, la incomodidad de discutir frente al paciente y rutinas del servicio que privilegian la transmisión rápida de información por sobre la deliberación compartida⁵.

La brecha conceptual del campo radica en que el pase de visita ha sido analizado con frecuencia como una práctica clínica que puede enseñar, más que como una estructura pedagógica con propiedades

discernibles y susceptibles de diseño. Esta limitación adquiere mayor relevancia en el marco de la educación médica contemporánea, que ha desplazado el interés hacia el desempeño observable, la supervisión en escenarios auténticos, la progresión hacia la autonomía y la evaluación basada en actividades profesionales complejas⁶⁻⁸.

A esta insuficiencia se suma otra, menos reportada, pero igualmente relevante. El paciente suele aparecer en la literatura como presencia necesaria del *bedside round*, como fuente de información clínica o como destinatario de una comunicación que conviene cuidar, sin embargo, con menor frecuencia queda formulado como sujeto constitutivo del dispositivo pedagógico⁹⁻¹². Esto resulta problemático, porque una parte importante del valor del pase de visita reside precisamente en que la enseñanza ocurre frente a una persona real, cuya comprensión de su condición, participación en las decisiones y experiencia del cuidado modifican la naturaleza del encuentro clínico-docente.

Desde esa perspectiva, la educación del paciente no constituye un añadido opcional. La comunicación clínica se asocia con mayor conocimiento del paciente, comprensión compartida, mejor calidad de las decisiones y mejores resultados intermedios en salud^{13,14}. Además, la alfabetización en salud influye de manera relevante en la capacidad de las personas para comprender indicaciones, explicar su condición de salud y participar en su cuidado¹⁵. En consecuencia, el pase de visita puede y debe entenderse también como una oportunidad de educación en salud situada.

OBJETIVO

Proponer, a partir de una revisión narrativa de la literatura, una reconceptualización del pase de visita como dispositivo pedagógico centrado en el paciente, integrando aportes sobre *rounds*, aprendizaje en el trabajo, educación del paciente, comunicación clínica, alfabetización en salud, técnica de preguntas, razonamiento clínico visible, educación basada en competencias y actividades profesionales a confiar.

MÉTODO

Se realizó una revisión narrativa de carácter conceptual. Este tipo de revisión resulta pertinente cuando el objetivo consiste en integrar literatura heterogé-

nea, clarificar un problema y elaborar una propuesta interpretativa con utilidad teórica y práctica¹⁶. Se revisaron artículos empíricos, revisiones sistemáticas, guías de asociaciones expertas y trabajos conceptuales ampliamente citados en educación clínica.

La búsqueda y selección de literatura se orientó a ocho núcleos temáticos: *ward rounds*, *bedside rounds*, aprendizaje en el trabajo, comunicación clínica centrada en el paciente, alfabetización en salud y educación del paciente, técnica de preguntas, verbalización del razonamiento clínico, educación basada en competencias y actividades profesionales a confiar. La síntesis se organizó de manera temática e interpretativa, privilegiando trabajos que permitieran responder cuatro interrogantes: qué muestra la literatura sobre el valor educativo del pase de visita; qué lugar ocupa el paciente en ese escenario; cómo puede conceptualizarse la función educadora del *round*; y qué implicancias se desprenden para el diseño pedagógico y la evaluación del desempeño en contextos clínicos auténticos.

Consideraciones éticas

Por tratarse de una revisión narrativa basada en literatura publicada, este manuscrito no involucró recolección directa de datos en seres humanos, no requirió consentimiento informado ni intervención sobre participantes, y se desarrolló sobre fuentes de dominio académico público. En consecuencia, no correspondió someterlo a aprobación de un comité de ética en investigación.

EL PASE DE VISITA COMO ESCENARIO DE APRENDIZAJE EN EL TRABAJO

Una de las contribuciones más relevantes del campo consiste en haber mostrado que el pase de visita dista mucho de ser una actividad homogénea. Walton y Steinert describieron patrones de interacción durante *rounds* hospitalarios y mostraron que la participación tiende a concentrarse en médicos de mayor jerarquía, mientras estudiantes y residentes junior suelen ocupar posiciones más periféricas¹. Este hallazgo es pedagógicamente decisivo, porque la sola presencia del aprendiz en el escenario clínico no asegura acceso significativo al aprendizaje.

Las revisiones sistemáticas recientes confirman esta lectura. Khalaf y colaboradores sintetizaron

evidencia sobre educación durante *ward rounds* y hallaron que los aprendices valoran positivamente su potencial formativo, aunque persisten barreras ligadas a estructura, tiempo y participación³. Ratelle y colaboradores mostraron que los *bedside rounds* pueden asociarse con beneficios en conocimientos, habilidades y trabajo en equipo, aunque la satisfacción de los aprendices es variable y depende en gran medida de cómo se configure el encuentro⁴. El problema, por tanto, no radica en la ausencia de valor educativo, sino en la variabilidad de las condiciones que permiten expresarlo.

Aquí la literatura sobre aprendizaje en el trabajo ofrece un andamiaje especialmente fértil. La guía AMEE sobre aprendizaje experiencial da cuenta que la experiencia adquiere potencia formativa cuando se articula con participación, reflexión, apoyo e incorporación progresiva a la práctica¹⁷. El marco de *experience-based learning* profundiza esta idea y muestra que los estudiantes aprenden con mayor intensidad cuando participan en trabajo clínico

auténtico, reciben apoyo del equipo y desarrollan sentido de pertenencia¹⁸. El pase de visita puede ser leído, entonces, como una estructura que organiza experiencias de observación, participación y juicio clínico alrededor del paciente hospitalizado.

EL PACIENTE EN EL CENTRO DEL DISPOSITIVO

La centralidad del paciente en el pase de visita suele reconocerse de manera intuitiva, pero requiere una formulación más rigurosa. El paciente no constituye solamente el motivo de la discusión clínica. Su presencia modifica qué puede decirse, cómo se dice, quién participa, qué tipo de razonamiento se vuelve visible y qué responsabilidad ética adquiere el equipo docente-asistencial⁹⁻¹¹.

La literatura sobre *bedside teaching* (tabla 1) ha mostrado que pacientes, estudiantes y docentes suelen valorar esta modalidad, aunque su presencia ha disminuido en diversos contextos hospitalarios². Lichstein ha defendido que los *patient-centred bedside*

Tabla 1. Literatura clave para sustentar la reconceptualización del pase de visita

Autor	Tipo de trabajo	Contribución principal al manuscrito
Walton y Steinert, 2010	Estudio observacional	Demuestra que la participación durante <i>rounds</i> se distribuye de manera desigual y que el aprendizaje depende de cómo se organiza la interacción.
Peters y ten Cate, 2014	Revisión de literatura	Sitúa el <i>bedside teaching</i> como práctica formativa valiosa, aunque menos frecuente en contextos contemporáneos.
Khalaf et al., 2022	Revisión sistemática	Sintetiza el valor educativo de los <i>ward rounds</i> y las barreras que limitan su potencial.
Ratelle et al., 2022	Revisión sistemática	Muestra beneficios y variabilidad de los <i>bedside rounds</i> sobre resultados de aprendizaje.
Gonzalo et al., 2014	Estudio multicéntrico	Identifica barreras organizacionales, culturales y relacionales para implementar <i>bedside rounds</i> .
Lichstein, 2018	Artículo conceptual	Reafirma el valor de los <i>patient-centred bedside rounds</i> y la centralidad del paciente.
Becker et al., 2021	Ensayo clínico aleatorizado	Aporta evidencia comparativa sobre <i>rounds</i> junto a la cama versus fuera de la habitación.
Street et al., 2009	Artículo conceptual	Explica mecanismos por los cuales la comunicación clínica mejora resultados en salud.
Berkman et al., 2011	Revisión sistemática	Fundamenta la relevancia de la alfabetización en salud para la comprensión del paciente.
Allenbaugh et al., 2019	Intervención curricular	Muestra que la comunicación clara y la educación al paciente pueden enseñarse y entrenarse.
ten Cate et al., 2015	Guía AMEE	Permite articular el <i>round</i> con EPAs, desempeño auténtico y progresión supervisada.

Nota: Las referencias seleccionadas organizan el marco conceptual de la revisión y sustentan la propuesta de entender el pase de visita como un dispositivo clínico-pedagógico centrado en el paciente.

side rounds conservan un valor clínico y formativo singular, precisamente porque mantienen al paciente dentro del foco del encuentro⁹. Becker y colaboradores, al comparar presentaciones de casos al lado de la cama versus fuera de la habitación, observaron que la presentación junto al paciente fue más breve y se asoció con un conocimiento similar del paciente sobre su atención, aunque temas sensibles fueron discutidos con mayor frecuencia fuera de la habitación¹². Esto sugiere que la centralidad del paciente no elimina la necesidad de discernimiento pedagógico y clínico, sino que la vuelve más exigente.

La literatura más reciente refuerza esta perspectiva. Bassetti y colaboradores describen los *ward rounds* como una práctica crucial para la atención centrada en el paciente y la enseñanza clínica dentro de hospitales cada vez más complejos y multiprofesionales¹⁰. Gössi y colaboradores muestran, además, que la cultura comunicativa de los *rounds* resulta determinante para el cuidado del paciente y para la educación médica, precisamente porque en ellos confluyen tareas médicas, comunicativas y educativas¹¹.

EDUCACIÓN DEL PACIENTE COMO FUNCIÓN CONSTITUTIVA DEL PASE DE VISITA

La contribución central que aquí se propone es considerar la educación del paciente como tarea constitutiva del pase de visita. Los pacientes quieren saber qué tienen, qué se está decidiendo y por qué, cuáles son los riesgos relevantes y qué conductas se esperan de ellos durante la hospitalización y después del alta. En ese sentido, el *round* ofrece una oportunidad privilegiada para desarrollar educación en salud de manera situada, contextualizada y clínicamente pertinente.

La comunicación clínica influye en resultados intermedios relevantes, entre ellos conocimiento del paciente, comprensión compartida, calidad de la decisión, alianza terapéutica y capacidad de agencia^{13,14}. Asimismo, la baja alfabetización en salud se asocia con peores resultados y con menor comprensión de información clínica e indicaciones médicas¹⁵. Esto obliga a reconocer que explicar diagnósticos, exámenes, tratamientos y planes en un lenguaje inteligible forma parte del buen cuidado, no de un gesto accesorio.

Desde esta perspectiva, el pase de visita puede funcionar como escena de traducción clínica. El equipo además de deliberar internamente transforma razonamientos complejos en explicaciones comprensibles para el paciente. Esa operación exige seleccionar información, graduar tecnicismo, verificar entendimiento y comunicar incertidumbre con prudencia. Un currículo breve de comunicación clara al lado de la cama ha mostrado mejoras en conocimientos, actitudes y confianza de residentes y enfermeras respecto a principios de *health literacy* y comunicación clínica comprensible¹⁹. Esto resulta especialmente relevante para el *round*, porque muestra que la dimensión educadora del encuentro puede enseñarse, entrenarse y observarse.

LA COMPETENCIA EDUCADORA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

Si el pase de visita incluye educación del paciente, entonces también constituye un escenario de formación de la competencia educadora del profesional. En otras palabras, el equipo aprende a educar educando. Esta afirmación tiene consecuencias pedagógicas relevantes, porque desplaza la función educadora desde ámbitos formales o ambulatorios hacia el corazón mismo de la práctica hospitalaria.

Explicar con claridad, adaptar el lenguaje al nivel de comprensión del paciente, verificar entendimiento, integrar preguntas, comunicar riesgos y sostener una conversación respetuosa sobre decisiones compartidas son habilidades profesionales complejas. La literatura sobre comunicación clínico-paciente ha mostrado que estas habilidades no solo mejoran la experiencia subjetiva de la atención, sino que contribuyen a mejores decisiones, mayor adherencia y mejor manejo emocional del proceso de enfermedad^{13,14,20}. En la arquitectura de la formación médica contemporánea, tales capacidades dialogan claramente con dominios de comunicación, profesionalismo, trabajo en equipo y defensa del paciente⁶.

El pase de visita ofrece un escenario particularmente fértil para desarrollar estas capacidades, porque pone al aprendiz frente al doble desafío de pensar clínicamente y de volver comprensible ese pensamiento para otro. Allí radica una de sus ma-

yores riquezas: enseña a convertir conocimiento experto en comunicación inteligible sin traicionar la complejidad clínica del caso.

PREGUNTAS, RAZONAMIENTO VISIBLE Y EXPLICACIÓN INTELIGIBLE

La calidad pedagógica del *round* depende en gran medida de cómo el tutor pregunta y de cómo hace visible su razonamiento. Las preguntas pueden limitarse a verificar datos o pueden abrir espacios para hipótesis, priorización, metacognición y anticipación de riesgos²¹. Una revisión exploratoria sobre *questioning* y razonamiento clínico mostró que las preguntas pueden promover procesos cognitivos más complejos cuando se usan para justificar decisiones, explorar vínculos causales y explicitar la lógica clínica subyacente²².

A ello se añade la verbalización del razonamiento experto. Una de las limitaciones más persistentes de la enseñanza clínica es que el juicio del experto suele permanecer implícito. Cuando el tutor explicita por qué un hallazgo modifica el peso de una hipótesis o por qué privilegia una conducta sobre otra, transforma el razonamiento clínico en objeto enseñable. En el pase de visita, esta explicitación cumple una función doble. Permite al aprendiz comprender mejor el proceso diagnóstico y terapéutico, y al mismo tiempo entrega al paciente una explicación más inteligible de lo que se está decidiendo.

Por eso conviene entender la mediación pedagógica del *round* como un triple movimiento: preguntar al aprendiz para promover pensamiento; pensar en voz alta para hacer visible el juicio experto; y explicar al paciente para traducir ese juicio a un lenguaje clínicamente fiel y comprensible. La pregunta se empobrece cuando se vuelve humillación pública; la explicación se debilita cuando se reduce a jerga²³. En su mejor versión, el *round* articula exigencia cognitiva y claridad comunicativa.

CBME, EPAs Y OBSERVACIÓN DEL DESEMPEÑO

La educación médica basada en competencias ha reorganizado el lenguaje de la formación clínica en torno a resultados observables, progresión y desempeño contextualizado⁶. En ese marco, el pase de visita dialoga de manera especialmente fecunda con

la evaluación del desempeño, porque allí convergen síntesis clínica, priorización diagnóstica, formulación de planes, comunicación, trabajo en equipo y profesionalismo.

La propuesta de las actividades profesionales a confiar profundiza esta lectura al sostener que la confianza supervisada se deposita en actividades integradas y auténticas, no en competencias abstractas aisladas^{7,8}. El *round* permite observar acciones clínicamente relevantes como presentar un caso, jerarquizar problemas, justificar prioridades, responder preguntas, explicar un plan y comunicarse con el paciente. Esa observación puede alimentar evaluación formativa, juicio supervisado y seguimiento longitudinal de la progresión²⁴.

Aquí se sitúa otro aporte de esta revisión. Una lectura madura del desempeño durante *rounds* debiera incluir la capacidad de educar al paciente como parte de la actuación clínica observable. No se trata solo de decidir correctamente. También importa si el aprendiz puede explicar con claridad, adaptar el lenguaje, responder inquietudes y sostener una conversación respetuosa y comprensible en contexto auténtico.

PROPUESTA CONCEPTUAL

Se propone comprender el pase de visita como un dispositivo clínico-pedagógico centrado en el paciente, articulado por cuatro dimensiones interdependientes: clínica, pedagógica, relacional y evaluativa. Estas dimensiones se organizan alrededor de un eje transversal de centralidad del paciente y educación en salud (**tabla 2**).

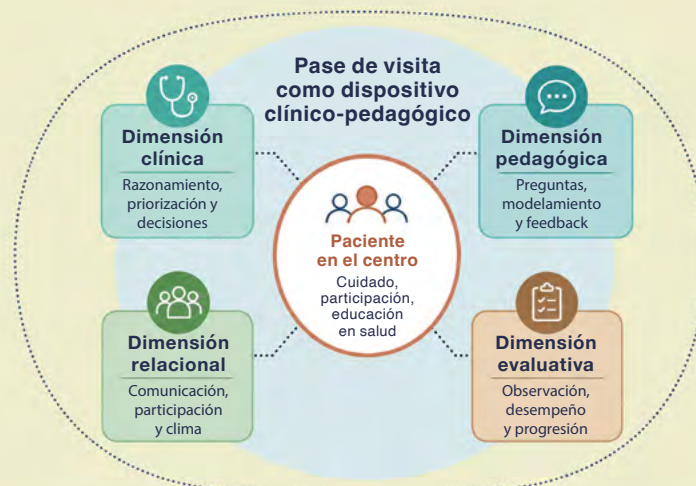
La dimensión clínica organiza la revisión del caso, la priorización de problemas y la toma de decisiones. La dimensión pedagógica transforma la práctica en oportunidad deliberada de enseñanza mediante preguntas, modelamiento y retroalimentación. La dimensión relacional distribuye palabra, autoridad, legitimidad para intervenir y calidad de la interacción entre equipo, paciente y familia. La dimensión evaluativa permite observar acciones relevantes del desempeño y orientar progresión hacia mayores niveles de autonomía.

El eje transversal del modelo está dado por el paciente como sujeto de cuidado, interlocutor clínico y destinatario legítimo de educación en salud. De este

Tabla 2. Modelo conceptual del pase de visita como dispositivo clínico-pedagógico centrado en el paciente

Componente	Definición	Expresión en el pase de visita	Riesgo cuando se debilita
Dimensión clínica	Organiza la atención, el razonamiento diagnóstico y la toma de decisiones terapéuticas.	Presentación del caso, jerarquización de problemas, formulación de planes, seguimiento evolutivo.	El <i>round</i> se reduce a transmisión fragmentada de datos o trámite asistencial.
Dimensión pedagógica	Convierte la práctica clínica en una oportunidad deliberada de enseñanza.	Preguntas, explicitación del razonamiento experto, <i>feedback</i> breve, modelamiento de síntesis y priorización.	El aprendizaje queda librado a observación pasiva o captación incidental.
Dimensión relacional	Regula la circulación de la palabra, la legitimidad para participar y el vínculo con paciente, familia y equipo.	Distribución de turnos, diálogo con el paciente, inclusión de residentes y estudiantes, clima pedagógico.	Predominan silencios, jerarquías poco formativas e invisibilización del paciente.
Dimensión evaluativa	Permite observar desempeño en contexto auténtico y orientar progresión hacia mayor autonomía.	Presentación oral, argumentación clínica, explicación de conductas, comunicación con el paciente, juicio supervisado.	La observación se vuelve difusa y no se traduce en retroalimentación útil.
Eje transversal: paciente en el centro	Sitúa al paciente como sujeto de cuidado, participación y educación en salud.	Explicación de diagnóstico y plan, verificación de comprensión, consideración de dudas, toma de decisiones comprensible.	El paciente queda reducido a objeto de discusión y se empobrece la calidad ética y pedagógica del <i>round</i> .

Nota: La tabla sintetiza los componentes del modelo propuesto y sus principales expresiones observables en el pase de visita.

Figura 1. Modelo conceptual del pase de visita como dispositivo clínico-pedagógico centrado en el paciente


El pase de visita integra cuidado, aprendizaje del equipo y educación del paciente en un escenario clínico auténtico.

Nota: El modelo propone cuatro dimensiones interdependientes —clínica, pedagógica, relacional y evaluativa— organizadas alrededor del paciente como eje transversal de cuidado, participación y educación en salud. El conjunto se inscribe en el aprendizaje en el trabajo como marco más amplio del escenario clínico auténtico.

modo, el *round* deja de aparecer como simple escena asistencial con potencial docente variable y pasa a entenderse como una estructura donde cuidado, aprendizaje y educación del paciente convergen de manera situada (**figura 1**).

CONCLUSIONES

El pase de visita sigue siendo una escena cardinal de la formación clínica hospitalaria. La literatura acumulada permite afirmar que posee un valor educativo genuino, aunque condicionado por factores

organizacionales, relacionales y pedagógicos. Esta revisión propone avanzar un paso más y comprenderlo como un dispositivo clínico-pedagógico centrado en el paciente.

Desde esta perspectiva, la educación del paciente no constituye un añadido opcional, sino una tarea inherente al *round*. El pase de visita enseña al estudiante y al residente a pensar clínicamente, pero también a explicar, traducir, responder preguntas y verificar comprensión frente a una persona real. Allí radica una de sus mayores riquezas: integra cuidado, aprendizaje y educación en salud en una misma práctica situada.

Pensado de este modo, el *round* merece ser diseñado con mayor intención, observado con mayor detalle y aprovechado como escenario para el desarrollo de múltiples competencias (tabla 3). En su mejor versión, el pase de visita enseña medicina mientras cuida, y cuida mejor porque también educa.

CONTRIBUCIÓN INDIVIDUAL

AHA concibió el manuscrito, realizó la integración narrativa de la literatura, desarrolló la propuesta conceptual, redactó el texto y aprobó la versión final.

AGRADECIMIENTOS

Ninguno.

PRESENTACIONES PREVIAS

Ninguna.

PREPRINTS Y REPOSITORIOS

Este manuscrito no ha sido depositado en servidores de preprints ni en repositorios públicos.

FINANCIAMIENTO

Este trabajo no recibió financiamiento externo específico.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener conflicto de interés.

DECLARACIÓN DE IA

Durante la elaboración de este manuscrito se utilizaron herramientas de inteligencia artificial con fines de apoyo en la organización, revisión lingüística y edición de borradores. Posteriormente, el autor revisó, corrigió y editó íntegramente el

Tabla 3. Recomendaciones para el diseño pedagógico del pase de visita

Recomendación	Justificación	Aplicación práctica
Planificar el <i>round</i>	La intencionalidad mejora la calidad clínica y pedagógica del encuentro.	Definir propósito, secuencia, tiempos, roles y foco de cada caso.
Ajustar expectativas por nivel de formación	La diversidad de aprendices exige progresión diferenciada.	Precisar qué se espera de estudiantes, internos y residentes en síntesis, razonamiento y comunicación.
Estructurar la presentación del caso	Una organización compartida favorece claridad y deliberación.	Utilizar un formato breve con problema principal, evolución, hipótesis y plan.
Preguntar de manera deliberada	Las preguntas regulan la exigencia cognitiva del encuentro.	Combinar preguntas de descripción, interpretación, priorización y anticipación.
Hacer visible el razonamiento experto	La explicitación del juicio clínico transforma el conocimiento tácito en enseñable.	Verbalizar por qué un hallazgo cambia una hipótesis o una decisión.
Incorporar educación del paciente	El <i>round</i> debe favorecer comprensión, participación y educación en salud.	Explicar diagnóstico, exámenes, riesgos y plan en lenguaje claro.
Verificar comprensión	La educación del paciente requiere confirmar inteligibilidad.	Pedir al paciente que reformule indicaciones clave o exprese dudas.
Modular qué se discute junto a la cama	La centralidad del paciente requiere discernimiento comunicativo.	Reservar temas sensibles o especulativos para otro momento cuando corresponda.
Entregar <i>microfeedback</i> en contexto	La retroalimentación breve y específica potencia el aprendizaje.	Comentar síntesis, razonamiento, comunicación y actitud profesional al cierre del caso.
Observar también la función educadora	Comunicar y educar forman parte del desempeño clínico.	Valorar si el aprendiz logra explicar con claridad, respeto y pertinencia.

Nota: Las recomendaciones derivan de la integración narrativa de la literatura revisada y se orientan a fortalecer simultáneamente cuidado, aprendizaje del equipo y educación del paciente.

contenido, y asume plena responsabilidad por la versión final del manuscrito. 

REFERENCIAS

- Walton JM, Steinert Y. Patterns of interaction during rounds: implications for work-based learning. *Med Educ*. 2010; 44(6):550-8.
- Peters M, ten Cate O. Bedside teaching in medical education: a literature review. *Perspect Med Educ*. 2014;3(2):76-88.
- Khalaf Z, Khan A, Aljerian N, Alharbi A, Alghamdi S, Al-Duwayhis NM, et al. Education during ward rounds: systematic review. *Interact J Med Res*. 2022;11(2):e40580.
- Ratelle JT, Gallagher A, Colin M, Holmboe E, Berman A, Reddy S. The effect of bedside rounds on learning outcomes in medical education: a systematic review. *Acad Med*. 2022;97(6):923-32.
- Gonzalo JD, Heist BS, Duffy BL, Dyrbye L, Fagan MJ, Ferenchick GS, et al. Identifying and overcoming the barriers to bedside rounds. *Acad Med*. 2014;89(2):326-34.
- Frank JR, Snell LS, ten Cate O, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teach*. 2010;32(8):638-45.
- ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ*. 2005;39(12):1176-7.
- ten Cate O, Chen HC, Hoff RG, Peters H, Bok H, van der Schaaf M. Curriculum development for the workplace using entrustable professional activities: AMEE Guide No. 99. *Med Teach*. 2015;37(11):983-1002.
- Lichstein PR. The case for patient-centered bedside rounds. *Acad Med*. 2018;93(10):1430-2.
- Bassetti S, Arpagaus A, Gössi F, Becker C, Hunziker S. The medical ward round: evidence, pitfalls, and tips. *Eur J Intern Med*. 2025;138:13-20.
- Gössi F, Merlo C, Bassetti S, Battagay E, Bächli E, Schüpbach H, et al. The role of rounds culture and communication in patient care and medical education: a review. *Patient Educ Couns*. 2025;136:108464.
- Becker C, Delrue M, Vettorazzi E, Jünger J, Nikendei C, Schultz JH, et al. Effect of bedside compared with outside the room patient case presentation on patients' knowledge about their medical care: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med*. 2021;36(11):3482-9.
- Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009;74(3):295-301.
- Street RL Jr. How clinician-patient communication contributes to health improvement: modeling pathways from talk to outcome. *Patient Educ Couns*. 2013;92(3):286-91.
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97-107.
- Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J*. 2009;26(2):91-108.
- Yardley S, Teunissen PW, Dornan T. Experiential learning: AMEE Guide No. 63. *Med Teach*. 2012;34(2):e102-15.
- Dornan T, Conn R, Monaghan H, Kearney G, Gillespie H, Bennett D. Experience based learning (ExBL): clinical teaching for the twenty-first century. *Med Teach*. 2019;41(10):1098-105.
- Allenbaugh J, Spagnoletti C, Rack L, Rubio D, Corbelli J. Health literacy and clear bedside communication: a curricular intervention for internal medicine physicians and medicine nurses. *MedEdPORTAL*. 2019;15:10795.
- Zolnieriek KBH, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. 2009;47(8):826-34.
- Pylman S, Ward A. 12 tips for effective questioning in medical education. *Med Teach*. 2020;42(12):1330-6.
- Merisier S, Larue C, Boyer L. How does questioning influence clinical reasoning in nursing and medical education? A scoping review. *Nurse Educ Today*. 2018;71:79-90.
- Stoddard HA, O'Dell DV. Cutting out the middle man: a critique of the Socratic method in legal and medical education. *J Med Humanit*. 2016;37(2):149-60.
- Norcini J, Burch V. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. *Med Teach*. 2007;29(9):855-71.