

El pase de visita en urgencias: un estudio etnográfico desde comunidades de práctica

Ana María Sandoval-Moreno^{a,†}, Héctor Alfonso Gómez-Rodríguez^{b,§},
Leobardo Cuevas-Álvarez^{c,¶}, Carlos Alberto Andrade-Castellanos^{d,¶,*}

Facultad de Medicina



Resumen

Introducción: El pase de visita constituye una práctica esencial en la formación médica, al integrar la atención clínica con la enseñanza situada. En el servicio de urgencias, esta actividad adquiere especial relevancia por la necesidad de colaboración, toma de decisiones y aprendizaje en contextos de alta exigencia. Sin embargo, en el ámbito latinoamericano existe escasa evidencia empírica sobre sus dinámicas formativas.

Objetivo: Explorar las dinámicas e interacciones del proceso de enseñanza-aprendizaje entre estudiantes y docentes durante el pase de visita en urgencias utilizando el marco teórico de las comunidades de práctica (CdP) de Lave y Wenger.

Método: Se realizó un estudio cualitativo con enfoque etnográfico en el servicio de urgencias de un hospital

escuela del Instituto Mexicano del Seguro Social, entre julio y noviembre de 2024. Se llevaron a cabo observaciones y entrevistas en profundidad. Los datos se analizaron mediante un enfoque abductivo que combinó codificación inductiva y deducción teórica guiada por el marco de CdP. Se mantuvo una postura reflexiva y se garantizó la confidencialidad de los participantes conforme a la Declaración de Helsinki.

Resultados: El análisis reveló cuatro dimensiones del aprendizaje situadas en las CdP: significado (integración de teoría y práctica mediante la reflexión guiada), práctica (participación progresiva y toma de decisiones bajo presión), comunidad (cohesión y pertenencia a través del trabajo colaborativo) e identidad (formación profesional mediante el ejemplo y las normas compartidas). Estas dimensiones reflejan cómo el pase de visita en

^a Centro de Simulación para la Excelencia Clínica y Quirúrgica (CESiECQ), Instituto Mexicano del Seguro Social, Gdl., Jal., México.

^b Departamento de Disciplinas Filosóficas, Metodológicas e Instrumentales, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Jal., México.

^c Instituto de Investigación en Recursos Humanos en Salud, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Jal., México.

^d Servicio de Medicina Interna, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I Menchaca", Gdl., Jal., México.

ORCID ID:

[†] <https://orcid.org/0000-0002-9939-5369>

[§] <https://orcid.org/0009-0006-9879-6300>

[¶] <https://orcid.org/0009-0008-6775-2502>

[¶] <https://orcid.org/0000-0003-4720-3289>

Recibido: 15-octubre-2025. Aceptado: 4-enero-2026

* Autor de correspondencia: Carlos Alberto Andrade-Castellanos. Correo electrónico: caandrade@hcg.gob.mx

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

urgencias funciona como un espacio formativo dinámico y relacional.

Conclusiones: El pase de visita en urgencias constituye una CdP donde los residentes construyen conocimiento, identidad y pertenencia mediante la práctica colaborativa. Los hallazgos ofrecen implicaciones para diseñar estrategias educativas que fortalezcan el aprendizaje clínico y la participación en contextos de alta exigencia.

Palabras clave: Comunidad de práctica; educación médica; medicina de urgencias; aprendizaje social; rondas de enseñanza.

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

Emergency ward rounds: an ethnographic study from communities of practice

Abstract

Introduction: Ward rounds constitute an essential practice in medical training, as they integrate clinical care with situated learning. In the emergency department, this activity gains particular relevance due to the need for collaboration, decision-making, and learning in high-demand contexts. However, in Latin America, there is limited empirical evidence regarding its formative dynamics.

Objective: To explore the dynamics and interactions of the teaching-learning process between students and instructors during ward rounds in the emergency department, using Lave and Wenger's theoretical framework of Communities of Practice (CoP).

Method: A qualitative study with an ethnographic approach was conducted in the emergency department of a teaching hospital of the Mexican Institute of Social Security, between July and November 2024. Observations and in-depth interviews were carried out. Data were analyzed using an abductive approach that combined inductive coding and theoretical deduction guided by the CoP framework. A reflexive stance was maintained, and participant confidentiality was ensured in accordance with the Declaration of Helsinki.

Results: The analysis revealed four dimensions of learning situated within CoPs: meaning (integration of theory and practice through guided reflection), practice (progressive participation and decision-making under pressure), community (cohesion and belonging through collaborative work), and identity (professional development through role modeling and shared norms). These dimensions illustrate how ward rounds in emergency care function as a dynamic and relational learning space.

Conclusions: Ward rounds in the emergency department represent a CoP in which residents construct knowledge, identity, and a sense of belonging through collaborative practice. The findings offer implications for designing educational strategies that strengthen clinical learning and participation in high-demand contexts.

Keywords: Community of Practice; education, medical; emergency medicine; social learning; teaching rounds.

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 es una actividad que consiste en la observación diaria de los pacientes hospitalizados para evaluar su estado de salud, seguir su evolución y determinar las acciones necesarias para su recuperación¹. Más allá de su finalidad asistencial, representa una práctica compleja que integra atención médica y enseñanza, al generar oportunidades de aprendizaje situado mediante las interacciones entre expertos y novatos².

Cuando el pase de visita se estructura pedagógicamente y se orienta a la reflexión crítica, ha de-

mostrado potenciar los resultados de aprendizaje de los residentes^{3,4}. Sin embargo, en la mayoría de las instituciones no existe una sistematización formal de las estrategias educativas que lo sustentan, lo que limita su impacto⁵. Además, su dinámica varía de manera importante según el contexto clínico: servicios de urgencias, unidades de cuidados intensivos y salas de hospitalización comparten la lógica de supervisión y trabajo en equipo, pero enfrentan desafíos específicos relacionados con la disposición espacial, la disponibilidad de personal y la complejidad de los casos^{6,7}.

En el ámbito de la medicina de urgencias, el pase de visita es un proceso que se adapta a la naturaleza dinámica y de corta estancia del servicio. Además de asegurar la continuidad asistencial —especialmente en el cambio de turno y en la toma de decisiones sobre el destino del paciente—, constituye un espacio formativo esencial que integra a los residentes en equipos altamente demandantes y favorece el desarrollo de competencias de colaboración⁸⁻¹⁰.

Sin embargo, a pesar de su importancia como espacio formativo, existe poca evidencia empírica sobre las dinámicas educativas que se producen en los servicios de urgencias en el contexto latinoamericano¹¹. Esta carencia limita la posibilidad de diseñar intervenciones pedagógicas que fortalezcan el aprendizaje en dichos entornos.

Las teorías socioculturales del aprendizaje ofrecen un marco útil para comprender cómo los estudiantes aprenden en interacción con docentes y pares, y cómo se configuran los entornos educativos a través de estas relaciones¹². Particularmente, el concepto de comunidades de práctica (CdP), propuesto por Lave y Wenger, resulta pertinente para analizar el pase de visita. Según este enfoque, los aprendices participan en una comunidad social donde progresan desde una “participación periférica legítima” hacia una “participación plena”, adquiriendo progresivamente conocimientos, habilidades y responsabilidades a través de la interacción con otros miembros¹³. El aprendizaje, desde esta perspectiva, se concibe como un proceso colectivo, relacional y social más que como la simple adquisición individual de conocimientos¹⁴.

Considerar el pase de visita en urgencias como una CdP permite explorar los procesos formativos que emergen en este escenario y comprender los factores que favorecen el aprendizaje en la práctica¹⁵. A partir de este marco teórico, el presente estudio busca contribuir a la literatura en educación médica explorando, desde un enfoque cualitativo, las dinámicas e interacciones de estudiantes y docentes en un programa de medicina de urgencias.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es explorar las dinámicas e interacciones del proceso de enseñanza-aprendi-

zaje de estudiantes y docentes en el pase de visita en urgencias, bajo el marco de las CdP de Lave y Wenger.

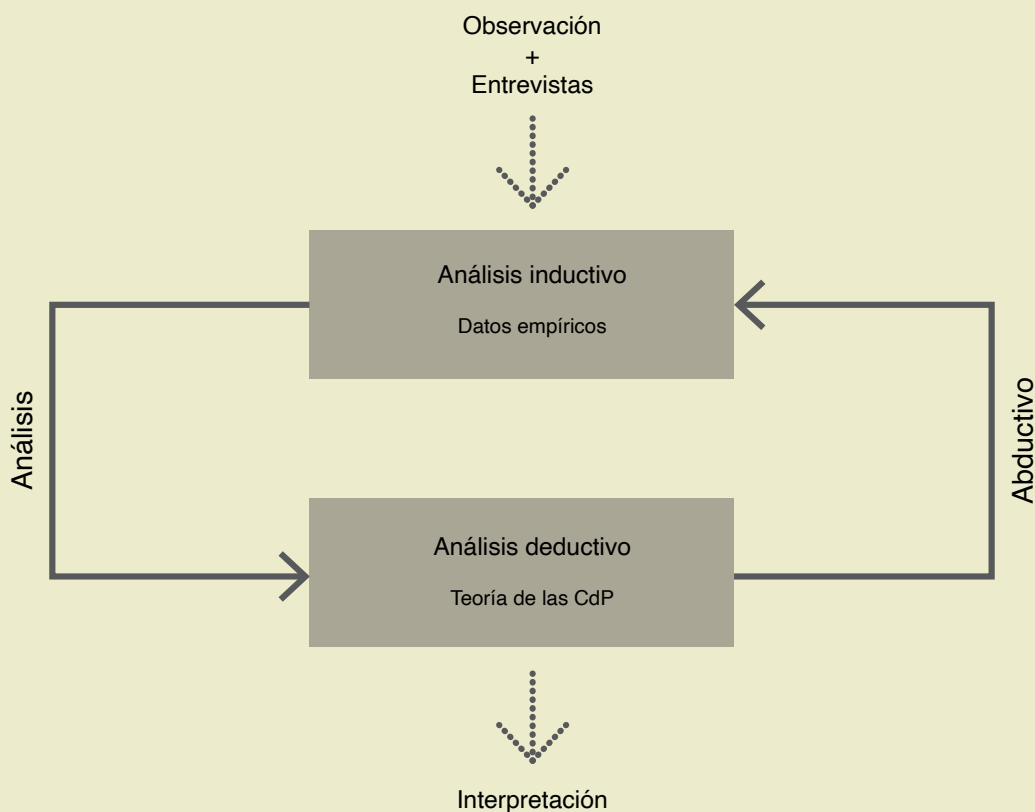
MÉTODO

Se eligió un diseño etnográfico con el propósito de explorar la dinámica de la CdP y comprender cómo los participantes actúan e interactúan en su contexto formativo. La etnografía es un enfoque cualitativo cuyo objetivo es describir e interpretar las prácticas y significados culturales de un grupo social desde su propia perspectiva; se fundamenta en una ontología constructivista y una epistemología interpretativa y reflexiva que busca la comprensión profunda de la experiencia humana, especialmente en entornos estructurados como las culturas profesionales¹⁶. Durante cinco meses (julio-noviembre 2024) se realizaron observaciones con apoyo de una guía diseñada bajo el marco de las CdP y la perspectiva de Rockwell, lo que permitió situar el fenómeno en su entorno educativo¹⁷ (**anexo**). La técnica principal fue la observación participante, complementada con entrevistas en profundidad a tres residentes (E-R1, E-R2, E-R3) y dos docentes clínicos (E-D1, E-D2)^{18,19}. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y su información fue anonimizada, junto con las notas de campo.

La recolección y el análisis de los datos se llevaron a cabo de manera concurrente, lo que permitió dirigir la atención de los observadores hacia aspectos emergentes y ajustar de forma iterativa el guion de entrevistas. Las transcripciones fueron analizadas mediante un enfoque abductivo, que integró la codificación inductiva derivada de los datos con la interpretación deductiva guiada por la teoría²⁰ (**figura 1**). De esta manera, los hallazgos empíricos se posicionaron en relación con el marco de las CdP de Lave y Wenger¹⁴.

Se adoptó una perspectiva reflexiva constante, considerando la posición de los investigadores y las dinámicas de poder con los participantes²¹. El equipo interdisciplinario que realizó el análisis estuvo integrado por profesionales con experiencia en medicina de urgencias, medicina interna y educación en ciencias de la salud. Esta estructura se alineó con las directrices SRQR, que sirvieron de guía para la elaboración del reporte²².

Figura 1. El análisis abductivo empleó tanto códigos inductivos que emergieron de los datos como códigos deductivos informados por la teoría. Este enfoque facilitó las comprensiones teóricas sobre las dinámicas e interacciones del proceso de enseñanza-aprendizaje de estudiantes y docentes en el pase de visita en urgencias



CdP: Comunidades de práctica.

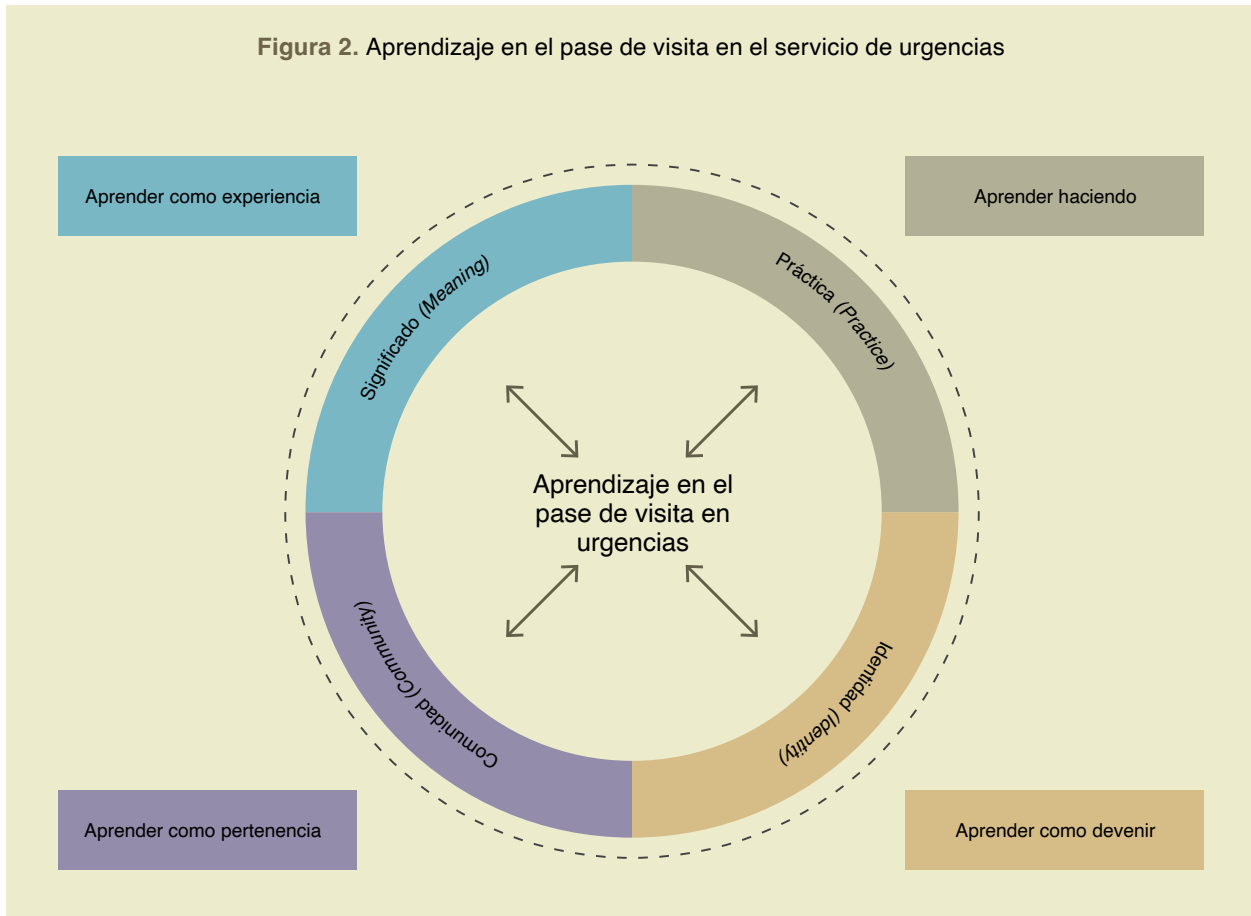
El estudio se realizó en el Hospital General Regional No. 46, el hospital de segundo nivel más grande del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El servicio de urgencias de este nosocomio cuenta con 99 camas censables destinadas a la atención de pacientes adultos. Este hospital funciona como hospital escuela y dispone de un programa de especialidad en Medicina de Urgencias con 48 residentes: 12 de primer año, 13 de segundo año y 17 de tercer año. Su formación incluye actividades clínicas y guardias cada cuatro días, conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2023²³.

Consideraciones éticas

Todos los participantes recibieron información detallada del estudio y firmaron un consentimiento informado que garantizó la confidencialidad de sus datos. La investigación se realizó conforme a la Declaración de Helsinki²⁴ y fue aprobada por el Comité de Ética e Investigación institucional (R-2023-1306-150).

RESULTADOS

A partir del análisis de las dinámicas e interacciones observadas durante el pase de visita en el área de urgencias, se identificaron características que reflejan

Figura 2. Aprendizaje en el pase de visita en el servicio de urgencias

los cuatro principios fundamentales del aprendizaje en una CdP¹³ (figura 2).

Significado (*Meaning*)

El concepto de significado alude al aprendizaje entendido como experiencia, el cual se construye a través de la participación en las prácticas y dinámicas propias de la comunidad. Este aprendizaje se manifiesta mediante el intercambio de experiencias, la conexión entre las actividades individuales y los propósitos colectivos, así como el compartir de ideas que fortalecen la comprensión común.

La observación incluyó a un docente clínico, dos residentes y un interno. El ambiente se percibió como tranquilo, pero desorganizado, atribuible al hacinamiento de la sala de urgencias. Se evaluó a un paciente que presentaba dolor abdominal difuso, fiebre e hipotensión. Durante la interacción, se produjo un intercambio entre el docente y el residente de

primer año. El docente planteó preguntas orientadas a profundizar el razonamiento del residente: “¿Por qué este paciente no está recibiendo antibióticos?” El residente respondió que sospechaba una perforación intestinal y que la hipotensión se debía a un choque hipovolémico. Posteriormente, el docente cuestionó: “Si sospechas una perforación intestinal, ¿qué contenido se encuentra en el intestino?” El estudiante respondió correctamente: “material fecal”. A lo que el docente replicó: “Correcto, y ¿qué ocurre cuando el contenido fecal invade el peritoneo?” El residente contestó adecuadamente que se produce contaminación bacteriana, desencadenando peritonitis y choque séptico.

Los supervisores y docentes clínicos frecuentemente solicitan a los estudiantes que expliquen los fundamentos teóricos asociados a hallazgos clínicos específicos, evidenciando una intención explícita de facilitar la integración y aplicación del

conocimiento teórico en el razonamiento clínico, promoviendo así la construcción de significado compartido. Este vínculo entre conocimiento teórico y práctica clínica también fue destacado en las entrevistas realizadas:

“Es frecuente que te cuestionen por qué pensaste eso o por qué hiciste eso. Muchos adscritos llegan y dicen: «¿Cómo? O sea, ¿por qué me estás diciendo que es un paciente que viene por insuficiencia cardíaca?» Entonces es como justificar tu diagnóstico” (E-R1).

Práctica (*Practice*)

La práctica se concibe como el aprendizaje en acción, en el que los individuos participan de manera gradual desde una posición periférica hasta una participación plena en las actividades propias de la comunidad. Este proceso requiere oportunidades de participación significativas y retroalimentación constante sobre el desempeño, lo que permite afianzar las competencias y mantener la cohesión del grupo.

La observación incluyó a dos docentes clínicos y a un residente, y se realizó en un ambiente tranquilo dentro del área de trabajo médico. Una médica adscrita solicitó al residente de primer año iniciar el pase de visita. De manera simultánea, otro médico adscrito le pidió también comenzar el pase con él. Ante esta doble demanda, el residente indicó que atendería primero a la médica adscrita, pero señaló que en el área del segundo adscrito había un paciente grave, por lo que consideraba pertinente informarle del caso antes de iniciar la actividad.

Esta breve interacción ilustra cómo los residentes deben articular su trabajo en función de prioridades clínicas. En este escenario, los miembros periféricos de la comunidad de práctica negocian y responden a múltiples actores con autoridad, lo que requiere competencias en gestión del tiempo, comunicación efectiva y toma de decisiones clínicas bajo condiciones de alta exigencia, hasta lograr una participación plena en las actividades propias de la comunidad que posibilitan y sostienen la acción colectiva. El siguiente extracto de entrevista complementa este proceso al mostrar cómo, con la experiencia, los residentes desarrollan estrategias propias de priorización y eficiencia:

“...antes no priorizábamos (...) y ahorita es como que hacemos un *triage* visual de los pacientes graves y nos vamos directamente con ellos”. (E-R2).

Comunidad (*Community*)

El término comunidad se refiere al aprendizaje como pertenencia, donde los individuos desarrollan un sentido de identidad colectiva mediante la participación mutua, el compromiso compartido con los objetivos comunes, y la apertura hacia las perspectivas de los demás. Este aprendizaje se sustenta en un repertorio compartido de conocimientos, símbolos y terminología específica, que promueve sentimientos de confianza, cohesión y pertenencia.

La observación incluyó a un docente y dos residentes durante el pase de visita. Fue posible notar que la presentación del paciente no es unidireccional del residente, sino una construcción conjunta donde el médico especialista participa activamente. El docente corrige y redirige la exposición con énfasis en la lógica clínica y la organización del discurso. Por ejemplo, ante la presentación de un caso de dolor abdominal, interrumpe para precisar: “¿dolor abdominal, en qué cuadrante?”, guiando al residente a afinar su enfoque. En otro momento, al notar una narración desordenada, señala: “acuérdate, una secuencia, sale”, resaltando la importancia del orden diagnóstico. Finalmente, ante un residente que expone primero los hallazgos radiográficos, el médico comenta: “yo creo que primero lo revisamos, ¿no?”, subrayando la prioridad del juicio clínico sobre los datos complementarios.

La pertenencia a la comunidad no se construye solo desde el conocimiento técnico, sino desde el reconocimiento mutuo y el compromiso compartido con el propósito común (en este caso, la atención del paciente). La interacción con el docente genera confianza y sentido de inclusión, elementos esenciales para que el aprendizaje ocurra dentro de un entorno de colaboración y reciprocidad. Una de las entrevistas refuerza esta dimensión al mostrar cómo el residente experimenta confianza y seguridad al sentirse acompañado por un docente comprometido con el aprendizaje y con el bienestar del paciente:

“...pues yo decía: ‘me va a preguntar un chorro de cosas, y hay cosas que no sé’. Pero al menos

sé que mi paciente, al final, va a estar bien abordado, porque el doctor se interesa por abordar de verdad al paciente” (E-R3).

Identidad (*Identity*)

La identidad representa el aprendizaje como proceso de transformación personal, en el que el individuo adquiere habilidades, conocimientos y comprensiones específicas de la comunidad a la que pertenece. Este proceso implica reconocer su rol dentro del colectivo, así como interiorizar las normas sociales y los códigos de conducta que lo caracterizan. En consecuencia, el aprendizaje se convierte en un medio de construcción del ser profesional y social, estrechamente vinculado con la pertenencia a una CdP.

Observación de un docente clínico, dos residentes y una médica interna. La docente se acerca a la cama del paciente e inicia el diálogo: “Hola, buenas noches, soy la Dra. A, mucho gusto, ellos son el Dr. B., la Dra. C y la Dra. D, vamos a estar con usted en el turno de la noche”. Posteriormente, la Dra. A descubre el abdomen del paciente y señala: “Siempre, antes de explorar a tu paciente, pidan su consentimiento”. Los becarios asienten con la cabeza. Finalmente, la Dra. A se dirige al paciente y comenta en voz alta: “Lo voy a revisar, ¿sale?”.

La observación ilustra cómo la identidad profesional se construye de manera situada y práctica. Estas acciones reflejan normas y conductas que definen a la comunidad médica y que los residentes observan y asimilan de manera periférica, aprendiendo no solo qué hacer, sino cómo comportarse como miembros de la comunidad. El extracto de la entrevista realizada a la docente complementa esta perspectiva:

“...yo siempre me presento con el paciente y presento a mi equipo, trato de llamarlos por su nombre y ser muy respetuosa. Generalmente no les digo a los residentes que hagan esto; espero que lo aprendan de verme. Creo que son cosas que se enseñan con el ejemplo” (E-D2).

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio muestran que el pase de visita en urgencias constituye un escenario de aprendizaje situado donde los residentes construyen conocimiento, identidad profesional y sentido de

pertenencia mediante la participación activa y las interacciones con sus docentes. Desde la perspectiva de las CdP, estas interacciones no solo facilitan la adquisición de competencias clínicas, sino que también promueven la integración progresiva de los aprendices a la cultura médica y a los valores compartidos del equipo^{13,14,25,26}. Estos resultados coinciden con investigaciones previas que describen el pase de visita como un espacio formativo indispensable, aunque susceptible de mejora, donde la enseñanza se desarrolla de manera implícita, a través de la observación, la imitación y la participación guiada, más que mediante una instrucción formalizada²⁷⁻³⁵.

En concordancia con lo observado por Hägg-Martinell et al., la cultura en áreas críticas configura un entorno que, si bien impone desafíos para la adaptación de los estudiantes, también abre oportunidades para el aprendizaje situado³⁶. En estos contextos de alta exigencia, los residentes aprenden a través de la observación de las acciones de otros miembros de la comunidad, lo que favorece un aprendizaje vicario que contribuye al desarrollo de una identidad profesional compartida. Este proceso se ve fortalecido por la interacción colaborativa y sociocultural con el resto del equipo, donde el aprendizaje emerge del trabajo conjunto y la negociación constante de significados^{38,39}. Asimismo, nuestros resultados evidencian que los distintos niveles de prioridad en el servicio de urgencias actúan como reguladores de los roles, las rutinas y las interacciones entre los miembros de la comunidad. Esto se relaciona con lo propuesto por Wenger, quien subraya la relevancia del aprendizaje en los límites, entendidos como espacios donde se conectan experiencias y competencias diversas, generando nuevas soluciones y oportunidades de aprendizaje³⁹. A diferencia de entornos hospitalarios más estructurados, el aprendizaje en urgencias se produce en condiciones de incertidumbre y presión, lo que exige a los residentes desarrollar habilidades de priorización, comunicación y colaboración interprofesional. De acuerdo con Zuluaga-Vélez, estas dinámicas confirman que el aprendizaje en urgencias no puede comprenderse sin considerar el entramado social y relacional que lo sostiene⁴⁰.

Desde la teoría de las CdP, el aprendizaje se construye a partir del compromiso mutuo, la empresa conjunta y el repertorio compartido^{13,14}. En

nuestro estudio, el compromiso mutuo se manifestó en la disposición de los docentes y residentes para compartir conocimiento, recibir retroalimentación y asumir responsabilidades crecientes. La empresa conjunta se reflejó en la alineación de los objetivos asistenciales y formativos, generando una coordinación que fortaleció la cohesión del grupo y el sentido de propósito común. Finalmente, el repertorio compartido se evidenció en el desarrollo de rutinas, modos de comunicación y valores que definen la identidad colectiva del equipo²⁵. Estos resultados refuerzan la idea de que la CdP funciona como un “currículo vivo” en el que el aprendizaje no se evalúa mediante resultados aislados, sino mediante la participación continua en las prácticas del grupo y la transformación del aprendiz hacia una participación más plena¹⁴. La inmersión efectiva de los miembros en la CdP genera un “ciclo virtuoso” de compromiso y reconocimiento, donde la participación activa impulsa mayor efectividad y aspiraciones profesionales compartidas⁴².

Nuestro estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, se observó un número limitado de pases de visita en una sola institución, lo que restringe la posibilidad de generalizar las dinámicas e interacciones identificadas. En segundo lugar, el personal sabía que estaba siendo observado, lo cual podría haber generado un efecto Hawthorne y una impartición más cuidadosa de la enseñanza⁴³. Este aspecto es relevante, ya que pudo atenuar tensiones inherentes al pase de visita, como el equilibrio entre atención y enseñanza en contextos de alta carga asistencial y toma rápida de decisiones o las fricciones derivadas de las jerarquías profesionales. Finalmente, los hallazgos reflejan la interpretación de los investigadores sobre lo observado, lo que implica una construcción situada del significado de las prácticas descritas.

CONCLUSIÓN

El uso del marco interpretativo de las CdP permitió comprender las dinámicas e interacciones durante el pase de visita en urgencias, destacando su papel como espacio formativo central en la educación médica. Nuestros hallazgos amplían la teoría de Lave y Wenger al aportar evidencia empírica desde un entorno clínico altamente demandante en Méxi-

co. Además, ofrecen implicaciones educativas relevantes para fortalecer el aprendizaje clínico, tales como fomentar la participación progresiva de los aprendices y replantear las estrategias educativas en contextos de alta exigencia mediante una CdP que incorpore los marcos hospitalarios y las lógicas de atención, con el fin de promover la construcción de conocimiento, identidad y sentido en la interacción. Futuras investigaciones podrían analizar cómo las jerarquías y la presión asistencial influyen en las CdP en contextos hospitalarios de alta complejidad.

CONTRIBUCIÓN INDIVIDUAL

- AMSM: Idea de investigación, diseño del estudio, adquisición de la información, análisis e interpretación de los datos, redacción del manuscrito.
- HAGR: Diseño del estudio, análisis e interpretación de los datos y revisión del manuscrito.
- LCA: Diseño del estudio, análisis e interpretación de los datos y revisión del manuscrito.
- CAAC: Marco teórico, análisis e interpretación de los datos, redacción y revisión del manuscrito.

AGRADECIMIENTOS

Ninguno.

PRESENTACIONES PREVIAS

Ninguna.

FINANCIAMIENTO

Ninguno.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

DECLARACIÓN DE IA

Durante la elaboración de este manuscrito, los autores no utilizaron herramientas de inteligencia artificial para su redacción. 🔍

REFERENCIAS

1. Bassetti S, Arpagaus A, Gössi F, Becker C, Hunziker S. The medical ward round: evidence, pitfalls, and tips. *Eur J Intern Med.* 2025;138:29-34. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2025.05.004>
2. Nava-Espinosa, R. El pase de visita en la enseñanza médica: reflexión desde la Teoría de la Actividad. *Inv Ed Med.* 2019;8(30):119-129. <https://doi.org/g6fp64>

3. Olvera-Acevedo A, Uribe-Ravell J, Ángeles-Garay U, Carrillo-González A. Aptitud clínica posterior a un pase de visita médica estructurado en comparación con un pase de visita cotidiano en médicos residentes. *Inv Ed Med*. 2015;4(14):81-7. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2015.14.00006>
4. Noorani M. The ward round: friend or foe in postgraduate training? A grounded theory study of residents' perspectives. *Med Educ Online*. 2022;27(1):2101180. <https://doi.org/10.1080/10872981.2022.2101180>
5. Beigzadeh A, Adibi P, Bahaadinbeigy K, Yamani N. Strategies for teaching in clinical rounds: A systematic review of the literature. *J Res Med Sci*. 2019;24:33. https://doi.org/10.4103/jrms.JRMS_460_18
6. Madigosky W, van Schaik S. Context matters: groupthink and outcomes of health care teams. *Med Educ*. 2016;50(4):387-9. <https://doi.org/10.1111/medu.12989>
7. Pannick S, Beveridge I, Wachter RM, Sevdalis N. Improving the quality and safety of care on the medical ward: A review and synthesis of the evidence base. *Eur J Intern Med*. 2014;25(10):874-87. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2014.10.013>
8. Beeson MS, Carter WA, Christopher TA, Heidt JW, Jones JH, Meyer LE, et al. The development of the emergency medicine milestones. *Acad Emerg Med*. 2013;20(7):724-9. <https://doi.org/10.1111/acem.12157>
9. Toranzo T, Aramburu F. Los profesionales de urgencias y emergencias: perfil actual y posibilidades de desarrollo. *Anales Sis San Navarra*. 2010;33(Suppl 1):13-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200003&lng=es.
10. Olmedo-Canchola VH, Bazán-Miranda G, Sosa-Reyes A, Rodríguez Galicia K, Villa-Velasco SA. Aspectos relevantes en la formación de especialistas en medicina de urgencias en cursos avalados por la UNAM. *Rev Educ Investig Emer*. 2024;6(1):28-38. <https://doi.org/10.24875/REIE.23000096>
11. Zuluaga-Velez JC, Gómez-Gómez MM. Percepción de médicos internos sobre el aprendizaje en un servicio de urgencias. *Rev. Med*. 2025;33(1):51-67. <https://doi.org/10.18359/rmed.7696>
12. Burgess A, Haq I, Bleasel J, Roberts C, Garsia R, Randal N, et al. Team-based learning (TBL): a community of practice. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):369. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1795-4>
13. Wenger E. *Communities of practice: learning, meaning, and identity*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
14. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Medicine as a Community of Practice: Implications for Medical Education. *Acad Med*. 2018;93(2):185-191. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001826>
15. Ranmuthugala G, Plumb JJ, Cunningham FC, Georgiou A, Westbrook JI, Braithwaite J. How and why are communities of practice established in the healthcare sector? A systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:273. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-273>
16. Reeves S, Peller J, Goldman J, Kitto S. *Ethnography in qualitative educational research: AMEE Guide No. 80*. Med Teach. 2013;35(8):e1365-79. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.804977>
17. Rockwell E. *La experiencia etnográfica: historia y cultura en los procesos educativos*. Buenos Aires: Paidós; 2009.
18. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract*. 2018;24(1):9-18. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>
19. Diccico-Bloom B, Crabtree BF. The qualitative research interview. *Med Educ*. 2006;40(4):314-21. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>
20. Andrade-Castellanos CA. Aplicación de la teoría en la investigación cualitativa en educación médica. *Inv Ed Med*. 2025;14(55):116-124. <https://doi.org/10.22201/20075057e.2025.55.24693>
21. Looman N, van Woezik T, van Asselt D, Scherpbier-de Haan N, Fluit C, de Graaf J. Exploring power dynamics and their impact on intraprofessional learning. *Med Educ*. 2022;56(4):444-455. <https://doi.org/10.1111/medu.14706>
22. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89(9):1245-1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
23. NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2023, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica. [consultado 20 Feb 2025]. Disponible en: <https://cifrhs.salud.gob.mx/site1/residencias/docs/NOM-001-SSA-2023.pdf>
24. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants. *JAMA*. 2025;333(1):71-4. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.21972>
25. Wenger E, McDermott RA, Snyder W. *Cultivating Communities of Practice: A Guide to Managing Knowledge*. Boston, MA: Harvard Business School Press; 2002.
26. Gonzalo JD, Thompson BM, Haidet P, Mann K, Wolpaw DR. A Constructive Reframing of Student Roles and Systems Learning in Medical Education Using a Communities of Practice Lens. *Acad Med*. 2017;92(12):1687-1694. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001778>
27. Valderrama Rodríguez H, Montoya Ochoa F, Marzola Peña E, Ariza Marriaga G, Zuliani Arango L. Experiencias de aprendizaje de residentes de último año de pediatría en la ronda clínica. *Inv Ed Med*. 2025;14(56):10-20. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2025.56.24667>
28. Tariq M, Motiwala A, Ali SU, Riaz M, Awan S, Akhter J. The learners' perspective on internal medicine ward rounds: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2010;10:53. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-10-53>
29. Ramani S, Orlander JD. Human dimensions in bedside teaching: focus group discussions of teachers and learners. *Teach Learn Med*. 2013;25(4):312-8. <https://doi.org/10.1080/10401334.2013.827979>
30. Rabinowitz R, Farnan J, Hulland O, Kearns L, Long M, Monash B, et al. *Rounds Today: A Qualitative Study of Internal Medi-*

- cine and Pediatrics Resident Perceptions. *J Grad Med Educ.* 2016;8(4):523-531. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-15-00106.1>
31. Khan MA, Rajendram R, Al-Jahdali H, Al-Harbi A, Al-Ghamdi M, Hasan I, et al. Do ward rounds offer effective teaching and training? Obstacles to learning and what makes good teaching in a large tertiary care hospital from trainee doctor's perspective. *GMS J Med Educ.* 2021;38(6):Doc106. <https://doi.org/10.3205/zma001502>
32. Gray A, Enright H. Opening the black box: An observational study of teaching and learning interactions for paediatrics trainees on consultant ward rounds. *J Paediatr Child Health.* 2018;54(9):1011-1015. <https://doi.org/10.1111/jpc.14056>
33. Hamui Sutton L. Interacciones en espacios clínicos: el proceso formativo de los residentes de psiquiatría durante el pase de visita y la entrega de guardia. *Dimens Antropol.* 2021;28(81):31-44. Disponible en: <https://www.dimensio-nantropologica.inah.gob.mx/?p=17406>
34. Hägg-Martinell A, Hult H, Henriksson P, Kiessling A. Medical students' opportunities to participate and learn from activities at an internal medicine ward: an ethnographic study. *BMJ Open.* 2017;7(2):e013046. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013046>
35. Dyar A, Lachmann H, Stenfors T, Kiessling A. The learning environment on a student ward: an observational study. *Perspect Med Educ.* 2019;8(5):276-283. <https://doi.org/10.1007/s40037-019-00538-3>
36. Hägg-Martinell A, Hult H, Henriksson P, Kiessling A. Community of practice and student interaction at an acute medical ward: An ethnographic study. *Med Teach.* 2016;38(8):793-800. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1104411>
37. Billett S. Learning through health care work: premises, contributions and practices. *Med Educ.* 2016;50(1):124-31. <https://doi.org/10.1111/medu.12848>
38. González-Triviño P, Aponte C, Góngora S, Leal J, Carrillo D, Díaz-Martínez L, et al. Comunidades de práctica en educación médica: relación con la enseñanza clínica. 2021;22(6):S509-S513. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.08.007>
39. Wenger E. Communities of practice and social learning systems. *Organization.* 2000;7(2):225-46. <https://doi.org/10.1177/135050840072002>
40. Zuluaga-Vélez JC, Gómez-Gómez MM. Percepción de médicos internos sobre el aprendizaje en un servicio de urgencias. *Rev. Med.* 2025;33(1):51-67. <https://doi.org/10.18359/rmed.7696>
41. Handley K, Sturdy A, Fincham R, Clark T. Within and beyond communities of practice: making sense of learning through participation, Identity and practice. *J Manag Stud.* 2006;43(3):641-53. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2006.00605.x>
42. Quinn EM, Cantillon P, Redmond HP, Bennett D. Surgical journal club as a community of practice: a case study. *J Surg Educ.* 2014;71(4):606-12. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2013.12.009>
43. Sedgwick P, Greenwood N. Understanding the Hawthorne effect. *BMJ.* 2015;351:h4672. <https://doi.org/10.1136/bmj.h4672>

ANEXO

Guía de observación fundamentada en la teoría de Comunidades de Práctica (CdP) de Lave y Wenger

Descripción del contexto de observación	Descripción del sitio y la atmósfera	Descripción de los individuos a observar	Descripción de la actividad (cultura y contexto)
- Sitio: - Fecha: - Hora:		- Docente clínico (sexo, edad, antigüedad, formación en educación): - Residentes (sexo, edad, grado académico): - Otros participantes:	
Categorías a explorar	Narrativa etnográfica	Reflexividad	Preguntas emergentes
Aprendizaje situado: El conocimiento se adquiere en interacción con otros y en contextos concretos de acción. Comunidad: - Grupo de personas que se reconocen mutuamente como participantes de una práctica común. Identidad: - El aprendizaje transforma no solo lo que uno sabe, sino quién es y cómo se proyecta a la comunidad. Participación legítima periférica - Describe cómo los recién llegados ingresan a una comunidad desde posiciones periféricas, participando gradualmente y siendo reconocidos hasta convertirse en miembros plenos. Práctica compartida: - Actividades, saberes, rutinas y modos de hacer que los miembros de una comunidad reconocen como significativos.			