

La visita quirúrgica ideal: elementos para su correcta implementación

ÁLVARO SANABRIA^{1,2}, VALENTÍN VEGA², LUIS CARLOS DOMÍNGUEZ²,
CAMILO OSORIO², ERICK ESPITIA², ADRIANA SERNA²

Palabras clave: cirugía general; atención al paciente; relaciones médico-paciente; rondas de enseñanza; programas de posgrado en salud.

Resumen

La tradición de la visita quirúrgica tiene cientos de años y hace parte de las actividades médicas cotidianas. No obstante, su metodología es variable y cada cirujano le imprime su visión, sus métodos, sus condiciones y características, asumiendo que se hace bien. En vista de la heterogeneidad propia de la actividad, se pretende ofrecer algunas recomendaciones basadas en la literatura científica que permitan darle una organización y estandarización mínimas, y que sirvan como base para una aplicación de los modelos que se esperan de una visita quirúrgica.

La visita quirúrgica que cumple sus funciones requiere de una planeación y un ejercicio sistemático para que consiga sus objetivos. La manera más útil hasta ahora conocida para no olvidar los pasos, mientras se convierte en una rutina, es utilizar listas de chequeo. Es la oportunidad para evaluarlos y evaluar a los otros dentro de un contexto académico, y es una estrategia

perfecta para un control de los costos hospitalarios y evaluación de las políticas de costo-efectividad de las instituciones.

Introducción

La expresión “visita quirúrgica” (*surgical rounds*) se refiere en este documento al acto de observar cada uno de los pacientes que se encuentran a cargo de un determinado cirujano, diariamente y con fines de evaluación de su estado de salud. Tradicionalmente se ha utilizado el término “revista” o “ronda” como traducción directa del inglés, pero el significado de dichos términos no se adecúan al verdadero sentido de la actividad. Según el *Oxford Dictionary*, el término “*round*” se refiere al “acto de visitar cada uno de un número de lugares o personas” y tiene como acepción para el caso particular de la medicina, “la excursión de inspección, repetida regularmente, donde se revisa el bienestar o el estado del que se visita”. Este término fue traducido directamente al de “ronda” que según el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE) se refiere al “acto de rondar”, “al de reunirse para cantar y tocar”, “al desarrollo de una actividad periódica pero por un tiempo limitado” (como las rondas de negociaciones, tan comunes hoy en día con las directivas hospitalarias) o “la revisión realizada por un jefe u oficial en una plaza u campo” (como las que hacen los militares y los guardias de seguridad). Otros, adecuaron el término al de “revista”, de connotación más militar, definido por el DRAE como “la inspección

¹ Cirujano de Cabeza y Cuello, Unidad de Oncología, Hospital Pablo Tobón Uribe; profesor, Departamento de Cirugía, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

² Profesor, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia

Fecha de recibido: 13 de junio de 2012

Fecha de aprobación: 8 de febrero de 2013

que un jefe hace de las personas o cosas sometidas a su autoridad” (como la de un jefe de meseros antes de iniciar una reunión) o “la formación de las tropas para que un general las inspeccione” (que obviamente no hacen los cirujanos, aunque a veces se acercan a la definición). Por el contrario, el término “visita” que se refiere a la acción de visitar (que incluye la acepción de “ir el médico a la casa del enfermo para asistirle” o la más general de “informarse personalmente de algo”) se adecúa más a la definición original de la actividad médica que se hace a diario con los enfermos. Además, el acto de visitar implica una condición más humana (“ir a casa de alguien por cortesía, atención, amistad o cualquier otro motivo”) que la que implica “pasar una revista”, en la que se observa una función de carácter más policivo que fraterno. Quizá, el término de “revista” es una herencia que dejó la educación autoritaria de tiempos anteriores, en la cual el cirujano se comportaba literalmente como un militar con su tropa.

Las primeras referencias a una visita quirúrgica estructurada se remontan al siglo XV en la Universidad de Padua, donde Giambattista de Monte la puso en práctica en el Hospital de San Francisco¹. No obstante, fue Françoise de la Boa (Franciscus Sylvius) en la Universidad de Leyden quien la hizo famosa, cuando algunos médicos ingleses exportaron su técnica a la Universidad de Edimburgo y de allí al resto del Reino Unido².

Propósitos de la visita quirúrgica

Todos los días en todo hospital, independientemente de la presencia de estudiantes, internos o residentes, se lleva a cabo sin excepción una visita quirúrgica. Esta constituye la piedra angular de la relación médico-paciente en un ambiente quirúrgico y su ejecución debe tener como protagonista principal al paciente, quien es el eje de la atención médica.

Las connotaciones y el contexto de la misma difieren según los participantes de la misma (unipersonal o grupal), entre otros aspectos.

La tradición de la visita quirúrgica tiene cientos de años y hace parte de las actividades médicas cotidianas. No obstante, su metodología es variable y cada cirujano le imprime su visión, sus métodos, sus condiciones y características, asumiendo que se hace bien. Sin embargo, dicha actividad, en parte por su carácter subjetivo

y variable, ha permanecido fuera del ámbito de la evaluación. Pocas veces el director de la visita quirúrgica ha sometido su actividad al escrutinio de otros pares o a la retroalimentación de los sujetos de la misma, ya sean estos los pacientes, los estudiantes o el personal administrativo.

Con la implementación progresiva del concepto de eficiencia en salud, estas actividades a las que antiguamente se les dedicaba una buena cantidad de tiempo, han disminuido en términos de frecuencia, tiempo destinado para la misma y, por qué no decirlo, tal vez en calidad. El aumento del número de pacientes, la fatiga del cirujano y los estudiantes, la heterogeneidad de los participantes (ahora se incluye personal paramédico, como enfermeras y nutricionistas, administrativo, como auditores, etc.), las múltiples interrupciones derivadas de la formulación, el cumplimiento de los trámites administrativos, el crecimiento del conocimiento médico y la subsecuente subspecialización, fueron definidas por Kroenke³ como amenazas a la realización de dicha actividad. Por otro lado, la frecuencia de la visita quirúrgica ha ido disminuyendo como estrategia educativa. Varios estudios de los setenta demostraron una disminución del 16 al 20 %⁴.

En vista de este panorama, por demás sombrío, es prudente recordar algunos conceptos básicos relacionados con la visita quirúrgica. Según O'Hare⁵, la visita quirúrgica busca:

1. validar la historia y el examen físico,
2. refinar el diagnóstico,
3. determinar el pronóstico,
4. planear el tratamiento y el alta médica,
5. comunicarse con el resto del personal tratante (médico y paramédico),
6. evaluar los costos del tratamiento,
7. determinar las prioridades de manejo,
8. comunicarse con el paciente y la familia, y
9. educar.

En razón de lo anterior, una visita quirúrgica debería abordar siempre estos propósitos con el fin de conseguir su objetivo en resultados asistenciales y docentes. Además, las características de la visita quirúrgica, según Stanley⁶, deben permitir:

1. discusiones completas y abiertas de la condición de cada paciente y las circunstancias que afectan su manejo;
2. cuestionamiento a los estudiantes y posibilidad de respuesta;
3. corrección abierta de las respuestas de los estudiantes;
4. debate de las ventajas y desventajas de las opciones de diagnóstico y tratamiento;
5. análisis del grado de éxito del tratamiento;
6. comparación con otros casos similares;
7. decisión de los pasos por seguir en el tratamiento y discusión de sus características, y
8. selección de los pacientes, tópicos y condiciones donde enfocar la enseñanza.

No obstante, son pocos los cirujanos que conocen los propósitos y las actividades propias de esta actividad, y muchos menos, los que cumplen una rutina precisa y sistemática siguiendo estas recomendaciones.

En vista de la heterogeneidad propia de la actividad, se pretende ofrecer algunas recomendaciones basadas en la literatura científica que permitan darle una organización y estandarización mínimas, y que sirvan como base para una aplicación de los modelos que se esperan de una visita quirúrgica.

Formato

Existen diferentes esquemas de visita quirúrgica: la visita exclusiva, la reunión previa a la visita, la visita seguida de una reunión, y la reunión previa y posterior a la visita⁶.

En general, la definición de visita quirúrgica suele limitarse a la actividad que se lleva a cabo en el área asistencial de una institución, sea esta de urgencias u hospitalización, y que geográficamente puede ubicarse en el pabellón (*ward*) o al lado del paciente (*bedside*). En estudios previos se ha determinado que entre 20 y 30 % de la visita se lleva a cabo al lado del paciente⁴. Esta puede acompañarse de reuniones previas de preparación en las que se suele revisar la historia clínica del paciente, los datos de los hallazgos del examen físico y los resultados de los exámenes paraclínicos, dejando la revisión del estado del enfermo y la corroboración de los hallazgos del examen físico para la visita propia-

mente dicha. En otras ocasiones, el orden se invierte y la reunión se hace después de la visita, donde, además de lo descrito, se involucra la discusión de las modificaciones del manejo, la solicitud de nuevos exámenes paraclínicos, los signos de alarma que deben verificarse en valoraciones posteriores, la previsión del momento del alta y las necesidades propias de cada paciente cuando salga de la institución. No existen datos que favorezcan alguna de estas alternativas. No obstante, desde el punto de vista de los estudiantes, existe preferencia en que las actividades de discusión sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico se hagan en un lugar diferente al de la actividad asistencial⁷. Existen otras variaciones del formato que incluyen la participación de diferentes actores (estudiantes de pregrado hasta especialización, personal médico y paramédico, personal administrativo, etc.) y la forma en que se desarrolla la actividad (centrada en el profesor, en el paciente, en el estudiante), el tiempo que se dedica a la misma (entre una y cuatro horas) y el énfasis de la actividad (asistencial o académica).

Sin embargo, ciertas actividades que deberían desarrollarse y completarse dentro de la visita quirúrgica, no se alcanzan. Claridge⁸ demostró que los estudiantes no perciben utilidad de la visita en aspectos esenciales de la misma: 54 % no mejoraron sus habilidades en el examen físico, 30 % no alcanzaron habilidades de obtención de la historia clínica, 21 % no alcanzaron mejorías en las habilidades comunicativas, 45 % no mejoraron el manejo adecuado del tiempo, 36 % no mejoraron en la capacidad de síntesis para escribir en la historia clínica y 63 % no obtuvieron aprendizaje de ciencias básicas. Las principales dificultades identificadas para obtener utilidad académica de la visita quirúrgica, fueron la falta de tiempo (99 %), el número de pacientes (87 %), el ruido del área asistencial (63 %), la falta de privacidad y de personal de enfermería (51 % cada una), el cambio frecuente de los miembros del equipo (84 %) y el énfasis exagerado en cumplir con el trabajo asistencial (97 %).

Recomendaciones

Kronke³ y Ramani⁹ sugieren que se cumplan ciertos pasos, que estandaricen la actividad, entre ellos, los siguientes.

Presentación. Se espera que al iniciar un nuevo periodo de visitas quirúrgicas, el cual suele ajustarse a los periodos académicos de los estudiantes, pero que también puede ocurrir por la creación de un nuevo servicio, por la

modificación de la actividad por incorporación de nuevos profesionales, etc., se haga una presentación formal de los miembros que participarán en la visita quirúrgica. Esto implica conocer el nombre completo de cada uno de los participantes, su nivel académico, el servicio al que pertenecen (administrativos, estudiante de pregrado o de posgrado, personal médico y paramédico, etc.) y su función dentro del servicio.

Algunos profesores asumen que los estudiantes y demás personal hospitalario deben conocerlos a profundidad y, basados en esta suposición, actúan a diario. El hecho de no conocer el “currículum” particular de un profesor puede ser motivo de posiciones reactivas hacia el estudiante e, incluso, de actitudes indiferentes y agresivas.

Por otro lado, los estudiantes se resguardan bajo un manto de anonimidad, que les permite, de cierta manera, pasar desapercibidos y obtener ventajas en términos de evaluaciones “en masa”, en razón de la falta de conocimiento particular de cada uno de ellos.

No obstante, esta actividad se considera simple y primaria; Rice¹⁰, en Canadá, demostró que existe poco interés por desempeñar esta función dentro de los servicios de medicina general. Una alternativa para garantizar que este paso se cumpla, es hacer una presentación personal estandarizada en la primera reunión general del servicio, utilizando algún medio audiovisual. Asociado a esto, se debería incluir un portafolio obligatorio con foto, que permita identificar claramente a cada uno de los integrantes de la visita, integrado en una herramienta electrónica de fácil acceso a través de los teléfonos celulares, como *Facebook*. Esta presentación debe extenderse al paciente y la familia en el primer encuentro y debe mantenerse, pero de forma abreviada, en los encuentros siguientes (“Yo soy el doctor Sanabria, cirujano”, y al equipo que lo acompaña –“y ellos son fulano, el residente, fulanos, los estudiantes, etc.”).

Existe la idea entre los cirujanos de que las discusiones no deben hacerse frente a los pacientes. Sin embargo, en encuestas previas se ha demostrado que, siempre y cuando se utilice un lenguaje accesible y se explique de antemano que la visita tiene carácter docente y que no todas las discusiones tienen que ver con su caso, los pacientes se sienten a gusto con la actividad⁷.

Rutina. El primer día de la visita, se espera que se definan las condiciones de funcionamiento: frecuencia, tiempo, duración, mecánica, roles, responsabilidades, casos especiales (fines de semanas, noches), localización, disponibilidad del profesor, cuándo y de qué manera se deben hacer las preguntas, sistema de evaluación, forma de presentación de los casos, etc., y que, además, dicha rutina se respete al máximo y por todos los integrantes.

Se asume que este es un procedimiento estándar dentro de un servicio bien estructurado, por lo que un documento electrónico puede enviarse a cada uno de los integrantes. No existe una guía particular para cada uno de estos aspectos. La frecuencia se asume diaria, pero existen condiciones en las que dos o más visitas pueden ser necesarias, como los casos de urgencias o de cuidado crítico. No obstante, se debe ser prudente para determinar que la frecuencia alta de visitas no produzca un detrimento en la utilidad de la actividad. Como se suele decir coloquialmente “los pacientes no se mejoran con evoluciones”. El tiempo también es un factor importante. Se ha sugerido que actividades de más de 90 minutos pierden efectividad debido a la pérdida y dispersión de la atención. Las actividades matutinas suelen ser más productivas que las vespertinas, lo cual debe tenerse en cuenta para ajustar el tiempo de las mismas.

Participantes. En toda visita siempre hay un director que suele ser el profesor. No obstante, pueden ocupar este rol los residentes de mayor rango. Además, hay unos participantes constantes, que corresponden usualmente a los residentes, internos y estudiantes, y algunos temporales, como personal paramédico o administrativo. Algunas consideraciones particulares respecto a los participantes incluyen su número, sus roles y sus responsabilidades, así como sus derechos. El número de participantes por visita no tiene una cifra mágica. Sin embargo, las tradicionales visitas “generales” con participación de todos los miembros de un servicio y grupos numerosos, parecen no tener utilidad pero sí tienen un efecto sobre las infecciones hospitalarias. El director de la visita puede delegar la responsabilidad de la misma en cualquier participante, claro está, ajustando las exigencias al nivel de cada uno.

Por otro lado, se deben establecer claramente las responsabilidades y los rangos de autoridad dentro de la actividad. Usualmente, la autoridad sigue una línea

jerárquica muy definida, en la cual la responsabilidad final es del profesor y esta desciende progresivamente. No obstante, esta situación puede variar en relación con las actividades que se evalúan, cuando, por ejemplo, se discuten aspectos logísticos del servicio, donde la jefa de enfermería tiene la mayor autoridad, o cuando se está frente a actividades de carácter administrativo, donde el gerente o auditor lleva la autoridad.

En este orden de ideas se deben definir responsabilidades propias de cada participante, las cuales, pueden variar a lo largo del periodo. Al director, o profesor, le corresponde la coordinación de la visita. Debe procurar mantener la visita centrada en el estudiante y todos los autores son enfáticos en mencionar que no se debe usar esta actividad para demostrar la “sabiduría y elocuencia” del profesor⁹. Usualmente, al residente le corresponde la organización interna de las actividades de aquellos que están a su cargo. Esto hace parte de la adquisición de competencias de liderazgo propias de su nivel. Esto implica definir quién hace qué, cuándo y dónde. En estos casos, el profesor actúa como observador para garantizar que no se sobrepasen los límites propios de cada nivel en términos de exigencia académica y asistencial, pero no debería intervenir en los ajustes internos diseñados por el residente. Lo que sí debe hacer es supervisar que estos ajustes logren el objetivo de mantener “la casa en orden” sin alcanzar los límites del “esclavismo”. A su vez, el residente adquiere la responsabilidad por la ejecución de las órdenes y directrices que se tomen durante la visita, y él es quien debe responder ante el director, de los éxitos y fracasos que ocurran en el manejo del paciente. Además, debe demostrar una sólida formación académica definida en el conocimiento profundo de la fisiopatología de la enfermedad, los hallazgos clínicos, los algoritmos para uso de métodos diagnósticos y los tratamientos posibles, junto con la capacidad de decisión costo-efectiva, basada en la ‘evidencia’ y con consideraciones bioéticas. Además, debe demostrar la adquisición de las habilidades propias de su nivel en cuanto a la práctica de procedimientos propios de la visita.

Los internos, que son estudiantes en su último año de carrera, deberían asumir la supervisión de las actividades de los estudiantes menores y, además, la vigilancia y diligenciamiento de los formatos y demás acciones operativas derivadas de las decisiones tomadas durante la visita. Ya que los internos están adquiriendo sus últimas competencias para salir a ejercer la profesión, es

muy importante la exigencia de carácter académico con sentido práctico, la revisión profunda de su capacidad de decisión en relación con exámenes diagnósticos y su interpretación y la elección del tratamiento inicial y sus efectos esperados, lo mismo que los posibles eventos adversos. Finalmente, la responsabilidad de los estudiantes debería ser la de desarrollar sus habilidades de obtención de la historia clínica, de la realización del examen físico y de la propuesta de una impresión diagnóstica y de un tratamiento específico.

Por otro lado, todos los participantes de la visita tienen derecho a preguntar cuantas veces sea necesario y a que sus inquietudes les sean respondidas de manera adecuada y respetuosa, sin sorna ni burla, y dentro de un ambiente de tranquilidad y espíritu de educación y no de humillación, que impliquen maltrato. El profesor que adopte actitudes humillantes o evasivas, como responder a una pregunta de la cual desconoce la respuesta con el encargo de una “revisión de tema que tenga, al menos, 20 artículos en inglés”, debería ser retirado de la actividad, pues su accionar afecta no solamente a las víctimas de esta, sino que siembra un “halo de terror” entre los futuros participantes.

Contenido. Se deben definir unos objetivos globales de la rotación que serán cubiertos en la visita quirúrgica, qué se espera que las personas conozcan al iniciar y qué se espera cuando terminen, qué se quiere explorar para cada condición médica, etc. Esto suele corresponder al tradicional *syllabus* estadounidense y debería diseñarse en función de las competencias, tan de moda en la actualidad. Para cada nivel y origen de los integrantes, debería existir un diseño de contenidos, que permita dar a cada quien lo que necesita. Usualmente, esta planeación se basa en las características epidemiológicas del servicio. No obstante, es posible variar dicho contenido en razón de la aparición de un caso interesante o raro, pero siempre teniendo en mente la idea de articular estas variaciones al programa original diseñado. Suele cometerse el error de convertir los casos raros en el centro de la discusión y en el motivo de revisiones que a largo plazo modifican todo lo planeado y no dejan enseñanza en los participantes.

Otro error que es común, se relaciona con la falta de homogeneidad del grupo de profesores sobre los aspectos esenciales, los importantes, los relevantes y los que son optativos dentro de los contenidos por considerar. Aunque

se espera que haya heterogeneidad entre maestros, pues permite ver la riqueza y diversidad dentro del gremio quirúrgico, no se puede sacrificar la guía orientadora que debe dirigir los esfuerzos académicos de la actividad durante un determinado lapso de tiempo.

Finalmente, se espera del maestro que conozca lo que enseña. Parece una verdad de Perogrullo, pero los autores mencionan este factor como determinante en la obtención de la mayor utilidad de la visita. Si un maestro no sabe de lo que habla, específicamente sus habilidades para la realización de la historia clínica, el examen físico, la toma de decisiones y la aplicación de un tratamiento, no es posible que transmita conocimientos o, lo que es peor, que los transmita de manera equivocada.

Mecánica. Es necesario que se establezca una forma en que la visita se lleve a cabo, y la comunicación e interrelación que se esperan durante su desarrollo. Así, se debe definir si va a existir una reunión antes o después de la visita, y qué se espera que se haga en dicha reunión. Como ya se mencionó, dichas reuniones suelen tener objetivos muy claros que deben cumplirse para evitar superposición de actividades y redundancia de contenidos. Otra recomendación importante, es establecer desde el principio una estrategia que permita evitar al máximo las interrupciones durante el desarrollo de la visita. Entre estas se encuentran la consecución de un lugar privado para las discusiones, y la comunicación pública, a los demás colegas y personal paramédico, de una política de no interrupción a menos que sea urgente y de unas indicaciones claras respecto al desarrollo de ciertas funciones administrativas después de la actividad.

También, se debe diseñar un reglamento específico de cómo debe fluir la comunicación. Esto implica en qué momento se pueden hacer las preguntas, quién las hace, quién responde, qué criterios se deben tener en cuenta para responder, etc. Una actividad particular corresponde a la presentación de los casos. La presentación de un caso debe ser concisa. Si se hace durante la visita al paciente, esta debe ser lo más precisa posible. Las presentaciones en salones permiten el uso de ayudas audiovisuales y la provisión de mayor información, pero la preocupación estética no puede superponerse a la verdadera razón de la presentación, en términos de competencias de comunicación y organización. También, debe evitarse la interrupción continua de las presentaciones de los estudiantes en aras de “precisar” detalles

o “aclarar” situaciones. Esto solo diluye el flujo de la comunicación, desvía la atención de quien presenta y de quienes escuchan, y ofrece una información fraccionada e incoherente, que no logra llegar a su final. Hay que recordar que un buen profesor sabe esperar y que al final de la presentación el coordinador de la actividad siempre tendrá la oportunidad de participar.

Algunas consideraciones que deben tenerse en cuenta en el momento de la presentación en salones, implica establecer los contenidos que se discutirán, la técnica didáctica que se va a utilizar, el tiempo que se destinará para cada caso y la dirección de la presentación. Algunas recomendaciones que ayudan a hacer más dinámicas las reuniones, se basan en democratizar las actividades que se van a desarrollar, cómo preguntar, cuáles contenidos se consideran más relevantes o están débiles, qué características particulares del caso parecieron más relevantes, el paso de los interrogantes entre los participantes de la visita o la presentación por parte de los participantes de conocimientos que se han pasado por alto. Lo mismo se aplica a la participación de cada uno de los integrantes.

En vista de que existen múltiples niveles dentro de una visita quirúrgica, es necesario que se dinamice la participación, utilizando al residente mayor para que exponga un determinado tema, permitiendo la emisión de opiniones en temas controversiales, pasar la actividad entre participantes e, incluso, realizar actividades separadas escogidas y diseñadas para cada nivel. Otro aspecto que alimenta la calidad de la visita es la dinámica de cuestionar. Además de las tradicionales preguntas de contenido teórico, que no deben ser ni preguntas de respuesta “imposible” ni del tipo “lectura mental”, es importante explorar otras condiciones relacionadas con la relación con el paciente, aspectos de contenido ético, de decisiones, de costos, etc. Una mecánica diferente incluye la formulación anticipada de preguntas después de la presentación del caso para dar respuesta durante la reunión.

Finalmente, es necesario que el maestro acepte la condición de ignorancia de ciertos temas y utilice una debilidad a su favor para preguntar a otros miembros de la actividad, diferir la respuesta hasta una próxima sesión, buscar la respuesta en conjunto e, incluso, asignar la resolución de la inquietud como tarea para la siguiente sesión, procurando que esta tarea sirva como respuesta a la inquietud y no como castigo vedado para impedir los cuestionamientos.

En la cama del paciente. Las reuniones alrededor de la cama del paciente deben limitarse a aquellas actividades que sólo pueden resolverse en este ambiente: confirmar un hallazgo del examen físico, adquirir información directa del paciente, resolver datos incongruentes y conversar con la familia o el paciente sobre la atención. Se requiere que, además, las visitas sean eficientes en términos de enfocar la atención de los participantes en una condición particular y de evitar actividades necesarias pero sin valor docente, como la corrección de las notas, la interacción con colegas para definir situaciones particulares del tratamiento o discutir particularidades o diferencias con la familia o el paciente. Además, la dinámica de la visita a la cama debe cambiar regularmente, algunas veces el profesor demostrando ciertos temas, otras veces el profesor observando a alguno de los participantes realizar alguna actividad en particular.

Existe una etiqueta que debe respetarse al estar frente a los pacientes, que debe ser cumplida por profesores y participantes. Ella implica la presentación personal y del equipo, la naturaleza de su visita, la dedicación de un tiempo específico para resolver las dudas del paciente, el uso de un lenguaje accesible al paciente y la entrega de información al respecto de los hallazgos y del plan por seguir.

Evaluación. La evaluación es un proceso continuo que ocurre durante la actividad y no solo al final de ella. Es necesario diseñar instrumentos y estrategias que permiten evaluar cada uno de los pasos: la presentación de los casos, el registro de los datos en la historia clínica, el desarrollo de habilidades clínicas, el conocimiento, la capacidad de gestión del tiempo, la participación del trabajo en equipo, la capacidad de transmitir las ideas y de enseñar a otros, y las relaciones interpersonales.

Para cada una de estas evaluaciones, debe corresponder un momento de retroalimentación, que debería ser inmediato y con fines formativos y constructivos. Idealmente, se debe acompañar de una solicitud de autoevaluación seguida de una comunicación específica, cordial y respetuosa de las impresiones del profesor. Entre las características de una adecuada retroalimentación se encuentran: ser específico respecto a lo que se quiere comentar evitando generalizaciones y juicios de valor, en el momento inmediato al acto que motiva la retroalimentación, pero respetando la privacidad del estudiante; seguir un procedimiento sistemático en

tiempo y espacio durante la visita; abarcar un número razonable, evitando abordar en una sola intervención todas las recomendaciones, y hacerlo con carácter positivo.

Finalmente, la evaluación al final de la actividad debería ser individual, escuchando primero las explicaciones del estudiante, seguidas de las observaciones del profesor, seguidas de una etapa de retroalimentación sobre las actividades del servicio. Es recomendable que al término de cada visita se haga un resumen de los puntos importantes y que esta síntesis sirva como fuente para evaluaciones inmediatas y futuras.

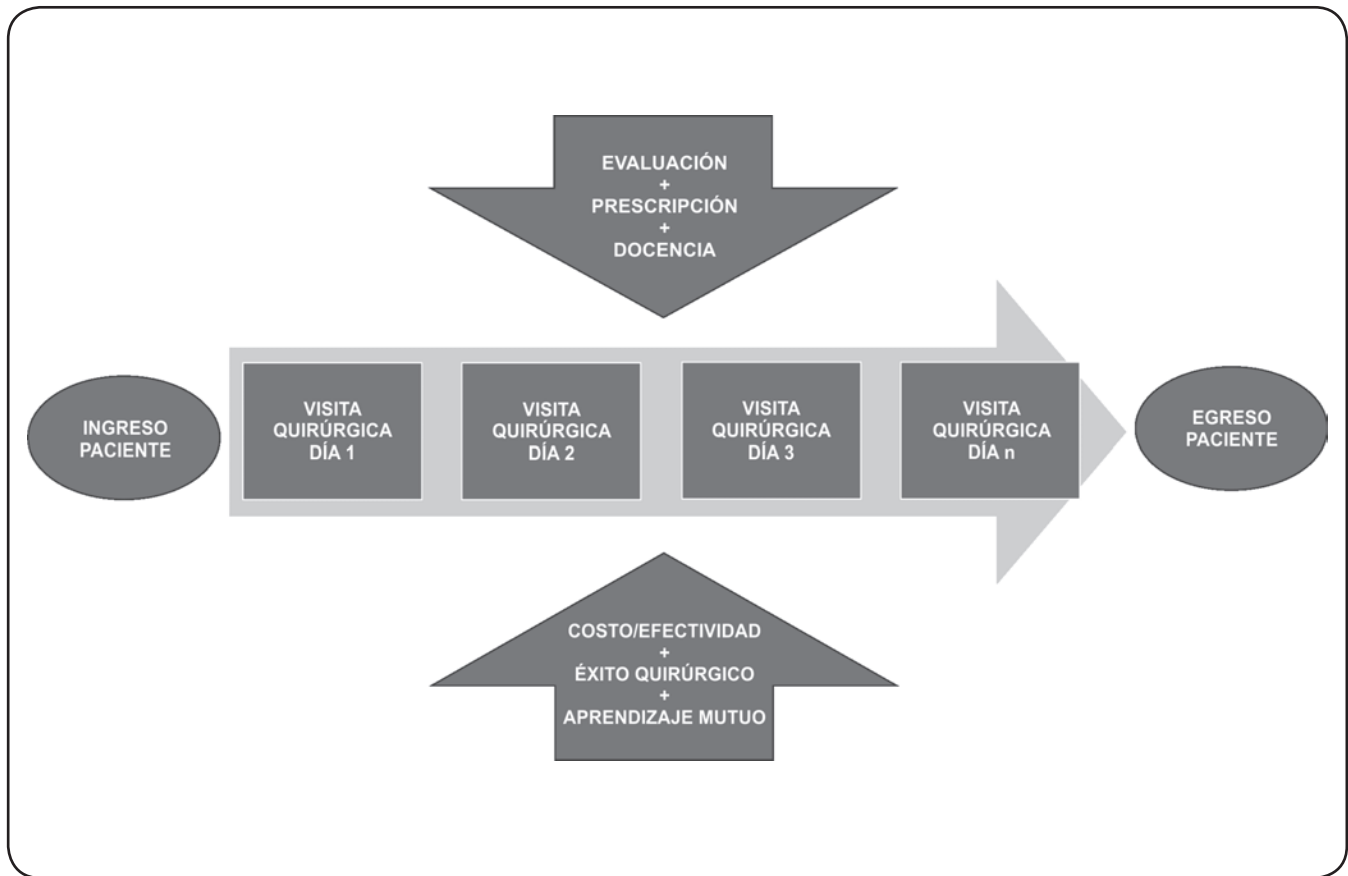
Retroalimentación. Finalmente, si se pretende que la actividad dé sus frutos y mejore continuamente, es necesario evaluarla al final de cada periodo, preguntando a los participantes sobre las expectativas que se tenían y si estas se alcanzaron, las modificaciones que puedan ayudar a mejorar la mecánica y los contenidos, la evaluación de la función del maestro y de los participantes de mayor nivel, etc.

Como es evidente, la visita que cumple sus funciones requiere de una planeación y un ejercicio sistemático, para que consiga sus objetivos. La manera más útil hasta ahora conocida para no olvidar los pasos, mientras se convierte en una rutina, es utilizar listas de chequeo. Estas herramientas, que no son camisa de fuerza, ofrecen utilidad en el sentido de no olvidar los pasos mínimos necesarios y sirven como una hoja de ruta para hacer más eficientes el uso del tiempo y los recursos durante la actividad.

La visita quirúrgica es la oportunidad para evaluarnos y evaluar a los otros dentro de un contexto académico; debe mantener un carácter “sagrado” que implique respeto, mas no temor; es un momento limitado que, aunque muchas veces no lo apreciamos, es el “gran momento del día” para el paciente dadas las decisiones derivadas de la misma y sus implicaciones para el manejo del enfermo.

De igual manera, una visita bien implementada es una estrategia perfecta para un control de costos hospitalarios y la valuación de las políticas de costo-efectividad de las instituciones.

Finalmente, debemos tener en cuenta el viejo aforismo de los cirujanos ancestrales: “En caso de duda, revise al paciente...”.



The ideal surgical rounds: elements for the correct implementation

Abstract

Surgical round is a centennial and routine activity. Nonetheless, its methodology is heterogeneous and each surgeon put his vision, methods, requirements and characteristics on it. Due to this heterogeneity, the aim of this article is to offer some recommendations based on scientific literature in order to organize and standardize it. These suggestions could serve as a model to make more effective surgical rounds.

Surgical round needs planning and a systematic development to get its objectives. The best way to remember the minimal steps and convert it in a routine, is to use a checklist. Surgical round is an opportunity to assess ourselves and other into an academic setting. It is also a very good strategy to control health costos and evalute cost-effective interventions in hospitals.

Key words: *general surgery; patient care; physician-patient relations; teaching rounds; health postgraduate programs.*

Bibliografía

1. Wright-St Clair RE. Go to the bedside. *J R Coll Gen Pract.* 1971;21:443-52.
2. Baron J. The first teaching ward round: Leyden 1660. *BMJ.* 2006;333:483.
3. Kroenke K. Attending rounds: Guidelines for teaching on the wards. *J Gen Intern Med.* 1992;7:68-75.
4. Gonzalo JD, Masters PA, Simons RJ, Chuang CH. Attending rounds and bedside case presentations: Medical student and medicine resident experiences and attitudes. *Teach Learn Med.* 2009;21:105-10.
5. O'Hare JA. Anatomy of the ward round. *Eur J Intern Med.* 2008;19:309-13.
6. Stanley P. Structuring ward rounds for learning: Can opportunities be created? *Med Educ.* 1998;32:239-43.
7. Lehmann LS, Brancati FL, Chen MC, Roter D, Dobs AS. The effect of bedside case presentations on patients' perceptions of their medical care. *N Engl J Med.* 1997;336:1150-5.
8. Claridge A. What is the educational value of ward rounds? A learner and teacher perspective. *Clin Med.* 2011;11:558-62.
9. Ramani S. Twelve tips to improve bedside teaching. *Med Teach.* 2003;25:112-5.
10. Rice K, Zwarenstein M, Conn LG, Kenaszchuk C, Russell A, Reeves S. An intervention to improve interprofessional collaboration and communications: A comparative qualitative study. *J Interprof Care.* 2010;24:350-61.

Correspondencia: Álvaro Sanabria, MD, MSc,
PhD, FACS

Correo electrónico: alvarosanabria@gmail.com

Bogotá, Colombia