

## Evolución diaria en geriatría con enfoque de la atención basada en la persona

### Daily Evaluation in Geriatrics with a Person-Based Healthcare Approach

Elia Rosa Lemus Lago<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7660-057X>

Luis de Jesús Pardías Milán<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-1428-9805>

Pabel Falcón Caballero<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1552-6326>

Pedro Rafael Fernández Gálvez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0006-1410-6238>

Roberto Carlos Morejón Alderete<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0002-4096-6988>

Aleida de Jesús Dedeu Martínez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0001-2614-9773>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Comandante Manuel Fajardo”. La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [eliarl@infomed.sld.cu](mailto:eliarl@infomed.sld.cu)

## RESUMEN

**Introducción:** La especialidad de gerontología y geriatría tiene como herramienta básica de trabajo la valoración geriátrica integral. Sin embargo, no es funcional para la aplicación diaria. La evolución que se escribe en la historia clínica y se presenta en el pase de visita debe ser una herramienta que, de forma ágil, permita valorar los cambios positivos o negativos en el estado de salud.

**Objetivo:** Desarrollar una propuesta de metodología para la evolución diaria en sala de geriatría con el enfoque de la enseñanza basado en la persona.

**Desarrollo:** Es una propuesta de metodología para la evaluación diaria del paciente que tiene el propósito de desarrollar en la cotidianidad un método enfocado en la atención basada en la persona. Privilegia el desarrollo individual del aprendizaje

mediante el trabajo independiente y, posteriormente, con la presentación en el pase de visita, el trabajo y aprendizaje en equipo. La evolución diaria a la persona adulta mayor hospitalizada forma parte de la actividad laboral de la Sala de Geriátrica, por tanto, constituye una actividad de educación en el trabajo. La evolución diaria debe tener en cuenta el mejoramiento integral de la persona en el hospital.

**Conclusiones:** La evolución geriátrica diaria constituye un paso de avance en el mejoramiento continuo de la atención a la persona adulta mayor. Es la aplicación del método clínico con las singularidades de la atención al adulto mayor con un enfoque basado en la persona.

**Palabras clave:** evolución diaria; geriátrica; posgrado.

## ABSTRACT

**Introduction:** The specialty of gerontology and geriatrics has, as its basic working tool, the comprehensive geriatric assessment. However, it is not functional for daily application. The evolution that is written in the clinical history and presented in the morning medical rounds should be a tool that speedily allows the assessment of positive or negative changes in the state of health.

**Objective:** To develop a methodological proposal for daily evaluation at the geriatric ward with a person-based teaching approach.

**Development:** It is a methodological proposal for the daily evaluation of the patient, with the purpose of developing, in daily life, a method focused on person-based care. It gives privilege to the individual development of learning through independent work and, later, with the presentation during morning medical rounds, as well as through team learning and work. The daily evaluation of the hospitalized elderly person is part of the work activity at the geriatric ward; therefore, it constitutes an education-at-work activity. The daily evaluation must take into account the comprehensive improvement of the person in the hospital.

**Conclusions:** The daily geriatric evaluation constitutes a step forward in the continuous improvement of care for the elderly person. It is the application of the clinical method with the singularities of elderly care and a person-based approach.

**Keywords:** daily evaluation; geriatrics; postgraduate.

Recibido: 11/12/2023

Aceptado: 26/01/2024

## Introducción

En el contexto sociohistórico cultural actual, cuando un recién graduado de medicina, decide adentrarse en los caminos de la especialidad de gerontología y geriatría para la atención a la persona mayor, se encuentra un enfoque diferente en la interpretación de las enfermedades.

Sucede que la persona mayor tiene un proceso singular de enfermar. El adagio “no existen enfermedades sino enfermos” tiene su máxima expresión en esta etapa de la vida.

El envejecimiento es a la vez universal y particular. La edad cronológica no siempre coincide con la biológica. Por tanto, la manifestación de la enfermedad es vinculante con el mantenimiento de los mecanismos de homeostasis del individuo y con otros aspectos de la biología del envejecimiento.

La enfermedad se presenta en su conocida forma típica y en su no tan conocida forma atípica. Esta es la situación en la que las caídas frecuentes, y la pérdida de apetito y la de las funciones de la vida diaria, entre otras, se convierten en causalidad de consulta a todos los niveles de atención sanitaria, o motivo de ingreso en los centros hospitalarios.

Para la organización de la asistencia médica y de los sistemas proveedores de cuidados sanitarios constituye un reto responder a las demandas subsecuentes del envejecimiento poblacional; es para las ciencias de la educación médica un desafío afrontar la enseñanza de la atención a la persona mayor con un paradigma distinto.

La historicidad de la práctica médica presta su atención a un solo problema de salud. Generalmente, el diagnóstico para la interpretación del cuadro clínico del paciente tiene un enfoque unicista y este es resultado de la sapiencia médica construida durante miles de años.

Al ocurrir un aumento de la proporción de personas de 60 años o más como tendencia mundial, los servicios hospitalarios reciben mayor número de pacientes comprendidos en el grupo de edad considerado hoy como viejos, sean estos viejos jóvenes o viejos.

Entonces, dado el cambio demográfico, se afronta la atención a un nuevo tipo de paciente, en el que pueden coincidir más de un problema de enfermedad y otras afecciones de la salud.

La persona mayor lleva en su organismo las huellas de toda la vida y, en el caso de los que enferman, que no son la mayoría, pueden presentar pluripatología o comorbilidad o multimorbilidad o resultar un paciente complejo.

La especialidad de gerontología y geriatría tiene como herramienta básica de trabajo la valoración geriátrica integral (VGI). Mide las esferas biomédica, psicológica, social y funcional. Permite trazar un plan de acción que va desde la atención en el hospital hasta la coordinación de la continuidad de los servicios en sala de rehabilitación, en el hogar del paciente, en centro de larga estancia para persona mayor u otra modalidad, según las formas de cuidados que existan.

La VGI se realiza a la entrada del paciente a la sala hospitalaria y permite, como su nombre lo indica, la valoración integral de la persona. Al concluir esta, se obtendrá un listado de problemas donde se relacionan las enfermedades, los síndromes geriátricos, la valoración renal, la nutricional y la polifarmacia; si existe trastorno neurocognitivo, ansiedad, depresión; si es anciano solo u otros aspectos sociales; y qué funcionalidad tiene la persona mayor hospitalizada.

A partir de la conclusión de la VGI, se trazan los objetivos a cumplimentar con el paciente. Constituye un punto de partida para la evaluación de la evolución al egreso hospitalario.

Sin embargo, no es funcional para la aplicación diaria. La evolución que se escribe en la historia clínica y se presenta en el pase de visita debe ser una herramienta que, de forma ágil, permita valorar los cambios positivos o negativos en el estado de salud.

El principio rector de la educación médica es la educación en el trabajo. Se aprende y se enseña en la práctica. En la actualidad el enfoque para la atención a la persona mayor se basa en la persona y no en el problema.

Las ciencias de la educación médica deben responder las contradicciones científicas que se presentan entre la práctica y el paradigma deseado. En este caso, la contradicción se expresa entre una práctica basada en la solución de problemas y un paradigma deseado, basado en la atención a la persona.

Este artículo tuvo como objetivo desarrollar una propuesta de metodología para la evolución diaria en sala de geriatría con el enfoque de la enseñanza basado en la persona.

## Desarrollo

El posicionamiento de los autores parte del apego a las bases legales de la atención médica en el mundo y en Cuba.

Desde una mirada internacional, la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 2020 declaró, en función de construir una sociedad inclusiva de todas las edades, la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, que se apoya en marcos de acción previos, como la Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020 de la Organización Mundial de la Salud, la Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento de las Naciones Unidas y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas.<sup>(1)</sup>

La cobertura sanitaria universal representa el pilar necesario para lograr el tercero de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, centrado en la salud y el bienestar. Si no se tienen en cuenta las necesidades de atención sanitaria y social de las personas de edad avanzada, cuyo número sigue aumentando, no será posible lograr ese objetivo. En la actualidad, los sistemas de salud presentan una estructura que les permite responder mejor a las necesidades sanitarias episódicas que a las necesidades sanitarias crónicas más complejas que suelen aparecer con la edad.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) lidera la agenda concertada de la Década del Envejecimiento Saludable en las Américas 2021-2030, donde aparece como pilar fundamental ofrecer atención integrada centrada en la persona y los servicios de salud primaria que respondan a las personas mayores.<sup>(2)</sup>

La atención basada en la persona, en relación con el adulto mayor, es vinculante a la visión de implementar servicios que tengan en cuenta la capacidad funcional del adulto mayor como principio para lograr un envejecimiento activo.

Mantener y mejorar la capacidad funcional o enlentecer la pérdida de esta resulta un eje esencial en la atención al adulto mayor, sea en el hospital o en la comunidad.

La capacidad funcional está conformada por la capacidad intrínseca del individuo y el entorno donde se desarrolla. La capacidad intrínseca es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona, las características del entorno que afectan a esa capacidad, y las interacciones entre las personas y esas características. Se compone de cinco grandes dominios: la movilidad, la cognición, los sentidos, la capacidad psicológica y la vitalidad.<sup>(3)</sup>

Por otra parte, la medicina centrada en la persona se enfoca en la comprensión del paciente como ser humano y la atención médica de las necesidades propias como persona dentro del contexto social en que habita. Contrasta con el enfoque centrado en la enfermedad y no en el enfermo como un todo; y con el enfoque centrado en el médico. Entre sus objetivos se encuentran respetar la dignidad del ser humano; reconocer la concepción holística de la persona y su ambiente; ofrecer cuidados, soporte y/o tratamiento coordinadamente; brindar estos servicios en forma individualizada y con la información necesaria para que la persona participe y se comprometa en su tratamiento; y dar soporte y apoyo a la persona para que reconozca sus propias habilidades que le permitan vivir feliz y plenamente.<sup>(4)</sup>

En España, como en otros países, en los últimos años el interés por desarrollar políticas, programas, enfoques y/o iniciativas de atención centrada en la persona ha crecido. La literatura científica recoge la traducción y adaptación transcultural del documento *Person Centred Practice Framework* (PCPF). Un marco teórico desarrollado por Brendan McCormack y Tanya McCance con el deseo de operativizar el enfoque filosófico centrado en la persona, de forma que iluminara la práctica y proporcionara un lenguaje que permitiera nombrar los componentes de la persona desde una perspectiva global, así como los obstáculos y facilitadores que influyen en el desarrollo de sus potencialidades.<sup>(5)</sup>

En Colombia<sup>(6)</sup> se reconoce que el cuidado centrado en la persona se ha convertido en un movimiento global en la atención sanitaria. A partir de este enfoque, que contempla a la persona en su totalidad, los proveedores de la atención sanitaria alcanzan a comprender la historia de vida de las personas, sus experiencias de salud, el papel de la familia en sus vidas y el rol que todos los agentes implicados pueden desempeñar en los complejos procesos de salud. Se asume que resulta esencial para un servicio sanitario eficiente y eficaz.

En Paraguay<sup>(7)</sup> este modelo presupone un “diálogo maduro” entre el médico y el paciente. Se reconoce que existe un contraste entre lo que siente el paciente como enfermo y lo que el profesional médico interpreta a la luz de la ciencia. La medicina centrada en la persona busca poner el foco de atención en lo que un paciente particular necesita antes de en lo que la ciencia en su estado actual dictaría. También se define por lo que no es: no se centra en la tecnología, el médico, el centro hospitalario ni en la misma enfermedad que padece el paciente.

Internacionalmente, la medicina familiar es una de las especialidades que utiliza dicho modelo de atención.<sup>(8)</sup> Al respecto, *Cacace y Giménez-Lascanoque*<sup>(8)</sup> concluyen que los diferentes modelos y herramientas complementarias enunciados han surgido en diferentes momentos cronológicos de la historia, contemplan una visión integral de la persona como contrapartida al modelo biologicista, que fue

incrementando su reduccionismo, la fragmentación y multiplicación de las subespecialidades médicas y su sesgada visión curativa de la medicina.

Estos modelos y sus herramientas ofrecen un cambio de perspectiva del cuidado de la salud; brindan propuestas que replantean y fortalecen el vínculo entre profesionales y pacientes; y lejos están de negar el desarrollo progresivo de los nuevos saberes y tecnologías. Plantean reformular y mejorar la calidad de los procesos de trabajo en salud con los pacientes, al construir espacios de interacción con intercambio de información y brindar apoyo para la toma de decisiones en salud; además, evitan la alienación profesional. Por ello se recomienda que estos modelos sean asimilados por otras disciplinas médicas y por todos los integrantes de los equipos de salud.

En Cuba, el profesor *Espinosa*<sup>(9)</sup> expone su punto de vista sobre el tema: la medicina centrada en las personas plantea que hay que enfatizar en la atención individual de los enfermos como sujetos, con un enfoque holístico, general -y no fragmentado- del ser humano en todas sus dimensiones biopsicosociales, en una época de crisis global, de desarrollo impetuoso de la tecnología y de la superespecialización. Se insiste en que el “rescate” de la persona, del ser humano, como protagonista de las decisiones relacionadas con su salud, resulta un concepto clave que debe estar siempre en el centro de las acciones médicas.

*Espinosa*<sup>(9)</sup> refiere que entre las bases de la atención centrada en las personas se incluyen: marco teórico biológico, psicológico, social, cultural y espiritual; atención tanto a la salud enferma como a la salud positiva; investigación centrada en la persona sobre el proceso y los resultados de la comunicación clínico-paciente-familia; el diagnóstico, el tratamiento, la prevención y la promoción de la salud; el respeto por la autonomía, responsabilidad y dignidad de cada persona involucrada; y la promoción de alianzas a todo nivel.

Más adelante, el autor se refiere a los componentes de la atención centrada en el paciente: explorar la(s) dolencia(s) y la(s) enfermedad(s) (aspectos biomédicos); comprender integralmente a la persona (en su contexto familiar social y biográfico); encontrar un campo común en relación con el manejo del problema por parte del médico y el paciente; incorporar la promoción de la salud y la prevención; reforzar la relación médico paciente; uso realista del tiempo y los recursos; y favorecer el autocuidado, no la dependencia.

El profesor *Espinosa*<sup>(9)</sup> concluye que este enfoque es similar al que la “escuela cubana de clínica” ha defendido por tanto tiempo.

En el legado del profesor cubano Fidel Ilizástigui Dupuy (citado por *Afonso-de-León* y otros)<sup>(10)</sup> se destaca la importancia de la interiorización por parte de los

profesores de una concepción integral de la medicina, en la cual se valoraran los aspectos psicológicos y sociales del ser humano. Asimismo, analiza el enfoque social de la medicina, que ve como consecuencia natural del progreso científico-técnico y de la evolución histórica y económica de la sociedad, y ratifica la necesidad de enseñar al estudiante a ver el hombre de manera integral.

En Cuba<sup>(11)</sup> el servicio de salud con accesibilidad universal, ya sea por su localización en la misma comunidad o por la inexistencia de barreras económicas o de otro tipo, constituye la base de un servicio que apunta a la disminución de las desigualdades en salud y las iniquidades en la prestación de servicios. El cuidado centrado en la persona y no en la enfermedad es fundamental para la atención de la salud; además, cuando este incluye la salud de la comunidad significa que se ha dado un paso lógico para alcanzar el desarrollo de la atención primaria.

El reglamento de hospitales<sup>(12)</sup> cubano, que planifica, organiza, dirige y controla todas las actividades asistenciales, docentes e investigativas del Servicio, reconoce el pase de visita como un proceso que integra la atención médica y la docencia, y que la calidad de la historia clínica debe reflejar la profundidad del proceso de atención al paciente.

El artículo 114 del capítulo XII de dicho Reglamento expresa que el pase de visita es la actividad fundamental para organizar y brindar la atención médica a los pacientes hospitalizados y desarrollar la educación en el trabajo. Se hará una distribución de las camas de acuerdo con las necesidades de la asistencia, la docencia y la investigación entre el personal médico, de forma tal que responda a la organización del trabajo establecida para los grupos básicos. Al jefe de servicios le corresponde la totalidad de las camas.

En el artículo 115 se explica que constituye la acción docente asistencial más importante que se realiza en los servicios. El pase de visita es conducido por el jefe de servicio o el profesor principal; y participan especialistas, residentes, alumnos de las diferentes carreras, enfermería y técnicos, donde, además de la evolución individual, se analizan y discuten en colectivos las acciones a realizar con el paciente, tales como indicación de exámenes complementarios, impresión diagnóstica, conducta a seguir, juicio clínico, evaluación integral de su estado y otros procedimientos.

En el capítulo XIII, dedicado a la historia clínica, se define que es el conjunto de documentos que recogen toda la información de la atención médica brindada al paciente. Se mantendrá una historia clínica por cada paciente, independientemente del número de ingresos. Es el documento con el que se inicia y donde se registra la atención médica integral del paciente, tanto durante su hospitalización como en la atención ambulatoria. El contenido y ordenamiento de

la historia clínica estarán regulados de acuerdo con las características de la especialidad, y escrito con la letra clara y legible.

La evolución diaria a la persona adulta mayor hospitalizada forma parte de la actividad laboral de la Sala de geriatría; por tanto, constituye una actividad de educación en el trabajo. La evolución diaria debe tener en cuenta el mejoramiento integral de la persona en el hospital.

### **Propuesta de evolución diaria en geriatría con enfoque en la atención basada en la persona. Fundamentación**

El Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Comandante Manuel Fajardo” se localiza en Plaza de la Revolución, municipio más envejecido de Cuba. El grado de envejecimiento es de 30,3 %, proporción que se encuentra en el grupo de edad de 60 años o más. Resulta el único grupo de edad que crece. La tasa de dependencia puede incrementarse porque se prevé continúe aumentando la población envejecida.<sup>(13)</sup>

En el país la población en edades activas disminuye en casi 2 millones de personas. La población decrece y envejece.<sup>(14)</sup>

Es fundamental que las personas de 60 años o más gocen de un envejecimiento activo y mantengan la funcionabilidad con la mejoría de su capacidad funcional.

La persona adulta mayor que llega al hospital con frecuencia presenta multimorbilidad, pluripatología, comorbilidad, síndromes geriátricos y pérdida funcional. Esta última, de hecho, puede ser una forma de presentación de las enfermedades: la pérdida aguda de las funciones.

La estancia hospitalaria tiene implicaciones en el desacondicionamiento físico de diversos sistemas del organismo como consecuencia del reposo.

La cultura de atención familiar en nuestro medio se caracteriza por la observación y por realizarle las actividades al individuo hospitalizado, aunque no lo requiera.

La atención al adulto mayor, además del paciente, incluye el familiar o cuidador –tanto para confirmar la información como para los cuidados necesarios– y la interrelación con el personal de atención sanitaria.

La valoración geriátrica integral es el punto de partida y final de la atención geriátrica. Se requiere que la evaluación diaria tenga en cuenta la evolución integral de la persona y no privilegie la esfera biomédica.

La evolución diaria en la historia clínica y su presentación en el pase de visita contribuirán al avance en el desarrollo del paradigma de práctica médica basado en la persona.

En la atención basada en enfermedades hay un protagonismo del médico, con atención fraccionada y episódica, que tiene el hospital como eje central y múltiples servicios.

En la atención basada en la persona hay una aproximación multidisciplinaria, con corresponsabilidad de los miembros del equipo y una atención continua.

### **Evolución geriátrica diaria. Definición**

Esta constituye una propuesta de metodología para la evaluación diaria del paciente que tiene el propósito de desarrollar en la cotidianidad un método enfocado en la atención basada en la persona. Privilegia el desarrollo individual del aprendizaje mediante el trabajo independiente y, posteriormente, con la presentación en el pase de visita, el trabajo y aprendizaje en equipo de profesionales que se encargan de la atención a la persona.

Esta propuesta tiene el fin de contribuir al cambio en el enfoque de intervención, al situar en el centro de la atención a la persona en su día a día, lo que permite su autonomía, potencia su independencia y destaca el papel terapéutico de lo cotidiano para cada individuo.<sup>(15)</sup>

Pretende propiciar una atención sanitaria con inclusión y colaboración entre profesionales, pacientes y familias, para garantizar las decisiones del paciente, sus preferencias y la participación en su autocuidado.

La evolución geriátrica diaria que se propone tiene en cuenta que la persona que recibe cuidados en el hospital debe ser capaz, mediante apoyos precisos, de minimizar su situación de fragilidad, discapacidad o dependencia, y al tiempo puede ejercer al máximo su autonomía personal para seguir desarrollando su proyecto de vida.

El paciente es el eje y a su alrededor giran la organización del servicio y el equipo, la interdisciplinariedad y el ambiente.

Las características de la evolución geriátrica diaria son las siguientes:

- Se realiza por el residente y profesor.

- Se solicita primero la información de la evolución a la persona hospitalizada y posteriormente se confirma con el cuidador o familiar.
- Se realiza en el período de 8 y 30 a.m. a 10 a.m., momento que inicia el pase de visita.
- Se escribe en la historia clínica, y se firma por el residente y el profesor.
- Privilegia la función de atención médica integral.
- Tiene un carácter dinámico, de cambio diario de la condición de la persona hospitalizada.
- Se presenta por el residente en el pase de visita.

Esta actividad tiene la metodología siguiente:

- Fecha: día que se realiza la evolución.
- Hora: hora en que se escribe la evolución en la historia clínica.
- Estadía hospitalaria: días en el hospital y en el servicio de geriatría.
- Condición: de cuidado o grave.
- Tipología: enfermo, frágil o geriátrico.

Si está enfermo, significa que una persona sana contrajo una enfermedad generalmente aguda; el profesional debe tener en cuenta los cambios propios del envejecimiento y el objetivo de mantener o mejorar la realización de las funciones de la vida diaria al egreso hospitalario, de conjunto con la cura de la afección presentada.

Si es frágil, la persona mayor tiene, además del motivo que lo llevó a la institución secundaria, otras morbilidades, y presenta pérdida de funciones que pueden llevar a la discapacidad y dependencia. Si es un paciente geriátrico, se adicionan los síndromes geriátricos unido a la discapacidad y dependencia.

- Evolución de la función básica de la vida diaria: evaluación diaria utilizando el índice de Barthel: se evalúa comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones (continencia y micción), usar el baño, trasladarse, deambular, escalones.
- Antibiótico: nombre, vías a dosis.
- Función Renal: filtrado glomerular.
- Procederes: días y vías.
- Problemas: se relacionan los problemas que presenta el paciente que son el resultado de la valoración geriátrica integral: condiciones crónicas, problemas agudos, síndromes geriátricos, problemas sociales.

- Interrogatorio al paciente.
- Confirmación con el cuidador y nuevas informaciones.
- Examen físico.
- Valoración en relación con el día anterior, que incluye la evolución de la funcionabilidad y de los problemas diagnosticados en la valoración geriátrica integral. Cuando un problema se soluciona, se indica que está cerrado.
- Plan diagnóstico.
- Interconsultas.
- Plan terapéutico.

Dicha evolución se plantea en el pase de visita y está acorde con otros autores sobre las especificidades de la principal actividad de educación en el trabajo en la sala hospitalaria: el pase de visita.

*Roca* y otros<sup>(16)</sup> refieren que el pase de visita consiste en un tipo peculiar de actividad de educación en el trabajo, que persigue objetivos docentes o formativos, y objetivos asistenciales, íntimamente relacionados, pues el alcance del cumplimiento de los objetivos formativos trae aparejado también el de los asistenciales; de manera que ambos son inseparables para garantizar la calidad de la atención médica o de enfermería. Es una forma de organizar las actividades docente-asistenciales, que incluye la confección de las historias clínicas y la realización de la evolución de los pacientes ingresados, lo cual permite ahondar en el conocimiento científico-técnico, particularmente en el dominio de los procedimientos de trabajo requeridos para la atención médica hospitalaria. En esta actividad se pone de manifiesto, en toda su riqueza, la utilización del método clínico y sus elementos fundamentales: interrogatorio, examen físico, diagnósticos posibles, pruebas y exámenes para corroborar el diagnóstico, conducta a seguir con el paciente: terapéutica, retorno al estado funcional anterior y control de las indicaciones.

*Roca* y otros<sup>(16)</sup> manifiestan que el pase de visita se distingue por:

- Lo dinámico al desarrollar la cadena de actividades típicas para su cumplimiento.
- Lo complejo y versátil en su desarrollo.
- El carácter informativo de sus acciones.

- Las implicaciones legales y el impacto de las decisiones que se adoptan.
- La diversidad de interrelaciones que se producen de manera necesaria y lo complicado de la heterogeneidad de las situaciones que se confrontan para llevarlas a cabo.
- La necesidad de verificación o contrastación de sus resultados.
- El marco subjetivo que le imprimen sus actores y lo necesario de objetivar su concreción.
- El carácter ininterrumpido y sistemático de su desarrollo.
- Lo inevitable de la afluencia entre los más expertos y los inexpertos en formación con las más disímiles formas de presentación de los pacientes y sus familiares solicitando satisfacción, competencias, buen desempeño, restauración de salud y atención médica.
- La indispensable confrontación entre lo establecido y lo novedoso.

El pase de visita en el Servicio de la Sala de geriatría está acorde con estos enunciados. La diferencia se encuentra en una presentación distinta de la evaluación de la evolución de la persona adulta mayor que recibe cuidados hospitalarios.

*Fonseca y Corona*<sup>(17)</sup> realizaron el análisis de los documentos metodológicos y de los posicionamientos teóricos de diferentes autores, lo que les permitió identificar varias regularidades relacionadas con el pase de visita docente asistencial como tipo particular de forma organizativa docente correspondiente a la educación en el trabajo. Entre estas regularidades refirieron las siguientes: la importancia del pase de visita en la formación profesional de los médicos; la particularidad de cumplir, como actividad, funciones docentes y asistenciales, las cuales son dependientes e inseparables en el desarrollo de la atención de calidad a los pacientes; y el relevante papel del profesor en la dirección de esta actividad y la necesidad de incrementar la preparación de estos en aras de elevar su calidad. Al mismo tiempo, se reconoce la complejidad del pase de visita y, derivado de ello, la existencia de dificultades para su sistematización por algunos profesores; asimismo, la estrecha relación entre el pase de visita y el método clínico, al cual se le considera el elemento conductor de este.

El pase de visita en el Servicio de geriatría está acorde con los referentes teóricos antes mencionados. La presentación de la evolución geriátrica diaria propicia el carácter multidisciplinario en el pase de visita y la participación al final de la

discusión de cada caso del familiar o cuidador, dado el enfoque de la atención basada en la persona.

## Conclusiones

La evolución geriátrica diaria constituye un paso de avance para el mejoramiento continuo de la atención a la persona adulta mayor. Es la aplicación del método clínico con las singularidades de la atención al adulto mayor con un enfoque basado en la persona.

## Referencias bibliográficas

1. Menéndez Jiménez J. El decenio del envejecimiento saludable (2020-2030), una oportunidad para Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2020 Dic [acceso 11/12/2023];46(4):e2748. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662020000400002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000400002&lng=es)
2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Decenio del Envejecimiento Saludable en las Américas (2021-2030). Washington DC: OPS; 2020 [acceso 07/12/2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>
3. Rizos Romero L, Abizanda Soler P, Luengo Márquez C. El proceso de enfermar en el anciano: la función como fundamento de una atención sanitaria especializada. En: Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L. Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamento de la atención sanitaria a los mayores. 2 ed. España: Elsevier; 2020. p. 9-17.
4. Díaz Bruzual A. Medicina Centrada En La Persona. Gac Méd Caraca. 2018 [acceso 07/12/2023];126(1). Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/07/1007419/04-diaz-a-40-51-2.pdf>
5. Choperena A, Gavela-Ramos Y, Lizarbe-Chocarro M, Galán-Espinilla MJ, Errasti-Ibarrondo B, La Rosa-Salas V, *et al.* Traducción y adaptación transcultural al contexto español del marco teórico Person-Centred Practice Framework. Anales Sis San Navarra. 2022 Dic [acceso 07/12/2023];45(3):e1016. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272022000300003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272022000300003&lng=es)

6. Hernández-Rincón EH, Muñoz-Abril YC, Avella-Pérez LP. Rol del médico familiar en el nuevo modelo integral de atención en salud en Colombia. Rev Cubana Med Gen Integr. 2019 Sep [acceso 09/06/2024];35(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252019000300013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252019000300013&lng=es)

7. De Mestral E. Medicina centrada en la persona. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2015 Mar [acceso 10/12/2023];2(1):107-12. Disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2312-38932015000100010&lng=en](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932015000100010&lng=en)

8. Cacace Patricio J, Giménez-Lascano Gustavo. Modelos de atención centrados en la persona: evolución de conceptos humanizadores de nuestras prácticas. Rev. Mex. Med. Familiar [revista en la Internet]. 2022 Jun [citado 2024 Sep 19]; 9(2): 63-72. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2696-12962022000200063&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-12962022000200063&lng=es). Epub 30-Ene-2023. <https://doi.org/10.24875/rmf.21000070>.

9. Espinosa Brito A. La medicina centrada en las personas y la medicina personalizada. Medisur. 2015 Dic [acceso 10/12/2023];13(6):920-4. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2015000600017&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000600017&lng=es)

10. Afonso de León JA, Blanco Aspiazu MÁ, Mondejar Rodríguez J, Pérez Cruz M. El pensamiento pedagógico de Fidel Ilizástigui Dupuy y su proyección comunitaria. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2022 [citado 19 Sep 2024]; 48(Supl. revisiones):e1224. Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1244>

11. Di Fabio JL, Gofin R, Gofin J. Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad. Revista Cubana de Salud Pública. 2020 [acceso 10/12/2023];46(2):e2193. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n2/e2193/#>

12. Ministerio de Salud Pública. Reglamento General de Hospitales. República de Cuba. La Habana: MINSAP; 2007 [acceso 10/12/2023]. Disponible en: <https://files.sld.cu/hospitales/files/2019/09/reglamento-general-de-hospitales.pdf>

13. Sierra Liriano R. Actualiza Oficina Nacional de Estadísticas e Información indicadores demográficos. Tribuna de La Habana. 2023;20 Mayo [acceso 10/12/2023]. Disponible en: <https://www.tribuna.cu/cuba/2023-05-20/actualiza-oficina-nacional-de-estadisticas-e-informacion-indicadores-demograficos>
14. Oficina Nacional de Estadísticas e Información República de Cuba. Indicadores Demográficos de Cuba y sus territorios de 2022. La Habana; 2022 [acceso 10/12/2023]. Disponible en: [http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/publicaciones/2023-04/000-indicadores-demograficos-2022\\_opt\\_1.pdf](http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/publicaciones/2023-04/000-indicadores-demograficos-2022_opt_1.pdf)
15. Cano Gutiérrez CA, Chavarro Carvajal DA. Adaptación de un modelo de atención geriátrica a las particularidades de los diferentes entornos en salud. En: Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L. Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamento de la atención sanitaria a los mayores. 2 ed. España: Elsevier; 2020. p. 131-5.
16. Roca Goderich R, Rizo Rodríguez R, de Dios Lorente JA. Metodología para el desarrollo del pase de visita docente asistencial. MEDISAN. 2011 Dic [acceso 10/12/2023];15(12):1810-8. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192011001200017&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001200017&lng=es)
17. Fonseca Hernández M, Corona Martínez LA. El pase de visita docente asistencial como modalidad de la educación en el trabajo. regularidades y limitaciones en su teoría. Universidad y Sociedad. 2021 [acceso 10/12/2023];13(3):308-13. Disponible en: <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2101>

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.