14º curso actualización pediatría 2017
AEPap

Viernes 17 de febrero de 2017
Taller:
Nuestra entrevista clínica a examen

Ponentes/monitoras:

- **María Luisa Arroba Basanta**
  Pediatra. CS Pozuelo Estación. Madrid.
  Profesora asociada Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina UCM. Madrid.
- **Rosario Dago Elorza**
  Pediatra. CS San Juan de la Cruz. Pozuelo de Alarcón, Madrid.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Arroba Basanta ML, Dago Elorza R. Nuestra entrevista clínica a examen. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2017. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 379-84.

Nuestra entrevista clínica a examen

María Luisa Arroba Basanta
Pediatra. CS Pozuelo Estación. Madrid.
Profesora asociada Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina UCM. Madrid.
mlarroba@pap.es
Rosario Dago Elorza
Pediatra. CS San Juan de la Cruz. Pozuelo de Alarcón, Madrid.

RESUMEN

En la formación médica, los planes docentes más avanzados incluyen la observación de la práctica del profesional, y su posterior análisis y *feedback* con los tutores, como una herramienta esencial para el aprendizaje.

La observación y el análisis de consultas videograbadas permite posponer este *feedback*, y proporcionarlo de forma más estructurada y completa. Es muy útil para la docencia y la investigación; también para la mejora y el aprendizaje continuos a lo largo de la vida profesional. El análisis de videograbaciones permite mejorar conocimientos y habilidades en un escenario "seguro". Además, disminuye la incertidumbre sobre lo que ha pasado durante el encuentro clínico con el niño y su familia, permite la observación de la comunicación no verbal y es muy útil para trasmitir y analizar dimensiones afectivas.

El tipo de *feedback* que os presentamos se denomina ALOBA. Es un conjunto de estrategias para analizar entrevistas y dar *feedback* que maximiza el aprendizaje y la seguridad. Es equilibrado, no crítico y autoevaluativo y es una mezcla de aprendizaje basado en problemas, centrado en los objetivos del que aprende, permitiendo la introducción oportunística de conceptos teóricos y facilitando la discusión. El *feedback* se hace sobre comportamientos modificables, no sobre la personalidad. Es siempre en beneficio del

que aprende y se debe limitar a la cantidad de información que el alumno pueda asimilar. Nunca ha de ser impuesto.

Son imprescindibles el consentimiento del paciente y su familia y el respeto a la confidencialidad de su relación con el pediatra.

INTRODUCCIÓN

En la formación médica, los planes docentes más avanzados incluyen la observación de la práctica del profesional, y su posterior análisis y *feedback* con los tutores, como una herramienta esencial para el aprendizaje.

Habitualmente realizamos observación directa, en tiempo real, en la propia consulta, por otro profesional, generalmente el tutor. Requiere cierto entrenamiento y debe realizarse con un instrumento que focalice la atención en algunos aspectos a evaluar. Es imprescindible el *feedback* inmediato tras la consulta, porque si se retrasa se pierden muchos detalles. Contamos con estudios que nos muestran la forma en la que aprenden nuestros residentes. Básicamente es por el ejemplo de sus tutores, la presentación de casos clínicos y la observación directa con *feedback* efectivo.

La observación y el análisis de consultas videograbadas permite posponer este *feedback*, y proporcionarlo de forma más estructurada y completa. Es muy útil para la docencia y la investigación; también para la mejora y el aprendizaje continuos a lo largo de la vida profesional. El análisis de videograbaciones permite mejorar conocimientos y habilidades en un escenario "seguro". Además, disminuye la incertidumbre sobre lo que ha pasado durante el encuentro clínico con el niño y su familia, permite la observación de la comunicación no verbal y es muy útil para trasmitir y analizar dimensiones afectivas.

Se puede utilizar para aprendizaje y mejora de:

- Técnicas de entrevista clínica y comunicación en la consulta de Pediatría.
- Trabajar actitudes y emociones (bioética, docencia de alumnos de grado y de médicos residentes, de médicos especialistas).
- Habilidades (cirugía menor, exploración física, crioterapia, infiltraciones, razonamiento clínico, etc.).
- Conocimientos (anamnesis, diagnóstico diferencial, interpretación de pruebas).
- Comunicación y docencia (sesiones docentes, comunicaciones orales, ponencias).

La consulta grabada puede ser analizada por el propio pediatra, como autoevaluación. En esos casos, es recomendable disponer de un "listado evaluativo" y la reflexión posterior, que puede reflejarse en un informe. Además, puede ser evaluada también por colegas, expertos o tutores, y las reflexiones quedar reflejadas en una sesión de *feedback* docente.

El grado de utilización de la videograbación en la formación continuada en Pediatría en España es escaso, por no decir ausente. La presión asistencial nos "puede", tanto en Atención Hospitalaria como Primaria. Por otro lado, a nadie nos gusta que colegas o expertos "juzguen" nuestra actuación profesional y ese aspecto genera resistencias. ¿Por qué debo grabar mi consulta para aprender? Además, los aspectos burocráticos nos incomodan. ¿Tengo que pedir consentimiento escrito? ¿Aceptarán los pacientes y sus familias? ¿Cómo afectará a mi relación con ellos? ¿Cómo voy a recibir las críticas? ¿Qué dificultades me encontraré?

La primera condición para aprender es considerar que nuestras habilidades profesionales son susceptibles de ser analizadas científicamente y mejoradas. También debemos aceptar el riesgo de la crítica, del análisis.

Si no somos capaces de reconocer nuestros aciertos o errores, sin autocrítica, no hay posibilidad de mejora.

En otros países con tradición de videograbarse durante el periodo de residencia médica para mejorar las habilidades de comunicación, la experiencia ha mostrado que

la satisfacción final de tutores y residentes era superior a la esperada, especialmente respecto al *feedback* recibido y a la influencia sobre el aprendizaje.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Dos aspectos muy importantes a tener en cuenta son el consentimiento del paciente y su familia y el respeto a la confidencialidad de su relación con el pediatra. Respecto al consentimiento del paciente y sus padres, es imprescindible informarles de que el encuentro clínico va a ser grabado, de que la grabación va a ser vista solo por el propio médico y algún otro profesional con la finalidad de aprendizaje y mejora de la calidad asistencial y de que la grabación será destruida una vez finalizado el proceso.

Estas informaciones pueden darse por escrito al paciente en la sala de espera, con lo cual el paciente o los padres al entrar en la consulta entregarán la hoja firmada consintiendo, o no, en cuyo caso apagaremos la cámara de forma ostensible. También podemos informar verbalmente al paciente y su familia al inicio de la consulta, explicando aproximadamente la misma información que en la hoja escrita. De esta forma, el consentimiento verbal queda registrado en la propia grabación. En cualquier caso, deberán aplicarse las recomendaciones de las sociedades científicas o comités de ética del entorno en el que trabaje el profesional que va a grabarse.

En cuanto al respeto a la confidencialidad de la relación del paciente y sus padres con el pediatra, es importante comentarle al paciente si la cinta la va a visionar solo el propio profesional, su tutor u otras personas. En este último caso, si el análisis de la videograbación va a ser grupal, es muy aconsejable obtener un compromiso de confidencialidad de los asistentes. Para todo ello hay documentos que daremos durante el taller.

CONSIDERACIONES TÉCNICAS

La elección de la cámara depende básicamente del presupuesto, pero sería conveniente que fuese portátil y fácil de usar. Generalmente grabamos la consulta de todo un día, por lo que la cámara debe tener disco duro con espacio suficiente. Es mejor conectarla a la red que usar las baterías.

La colocación ideal de la cámara sería perpendicular a la línea que une los ojos del paciente con los del médico, a la distancia mínima suficiente para poder encuadrarlos a ambos de cuerpo entero, o por lo menos los torsos. El encuadre es más fácil si la cámara dispone de una pantalla líquida externa orientable. Si no es posible este ángulo en que vemos los dos perfiles, daremos preferencia a la visión de la cara del paciente cuando se utilice para estudio de la interacción y sobre el profesional si evaluamos la calidad de su comunicación con alguno de los cuestionarios validados.

El mando a distancia nos permite controlar la cámara sin necesidad de tocarla, lo que evita modificar el encuadre. Un trípode puede ayudarnos a colocar la cámara en la posición adecuada si no disponemos de otro soporte, y un cable eléctrico alargador puede ser necesario, ya que en las consultas no suelen abundar los enchufes (dejar todos los cables fijados con cinta, en cualquier caso, que no sean causa de tropiezos). Según la cámara y la distancia a la que se coloca, tal vez precisemos un micrófono externo con cable, que situaremos encima de la mesa, entre el paciente y nosotros. Los programas de software para procesado de las imágenes suelen llevarlos las cámaras como complemento. Pero existen muchos programas para edición y compresión de imágenes, cortar secuencias, etc. (Windows Movie Maker por ejemplo, es suministrado con Windows). También hay programas accesibles para compresión de formatos (AVI, MPG, DivX, etc.).

Es aconsejable hacer tomas de prueba antes de grabar la consulta real, para ajustar la iluminación, el encuadre, el sonido (¡muy importante!) y tranquilizarnos para la verdadera grabación.

Analizar las videograbaciones facilita la reflexión sobre lo que verdaderamente hacemos, objetiva los progresos y nos da una valiosa información sobre cómo nos ven los demás.

ASPECTOS CIENTÍFICOS

Podemos mejorar nuestra competencia como pediatras usando videograbaciones de consultas reales. Nos permite evaluar nuestras habilidades en la comunicación con los pacientes y sus familias, es decir, medirlas u observarlas, para compararlas con un estándar.

La evaluación de un profesional en sus condiciones reales de trabajo es una fuente de aprendizaje muy potente si cumple los siguientes requisitos:

- Es útil: proporciona información válida a la persona evaluada.
- Es factible: aplica procedimientos razonables y no muy complicados.
- Es ética: incluye compromisos para proteger los derechos de los implicados y garantizar la honestidad de los resultados.
- Es exacta: describe claramente el objeto a evaluar en su contexto y evolución, en un plan con procedimientos y conclusiones.

Evaluación de la videograbación

Puede hacerlo uno mismo (autoevaluación), para detectar puntos de mejora. Es más fácil con la ayuda de una plantilla de indicadores de evaluación. Es conveniente hacer un informe de autoevaluación final y establecer acciones para mejorar aquellas habilidades que lo necesiten.

Otra forma de evaluación formativa es analizar la grabación conjuntamente con un experto, un tutor o un docente. De esta forma, el docente o experto proporciona al residente o al pediatra *feedback* sobre sus competencias, en una sesión estructurada con objetivos concretos, centrada en el que aprende.

Finalmente, las videograbaciones pueden utilizarse como herramienta de aprendizaje en grupo. Los asistentes evalúan habilidades que se observan en la grabación y se comentan en grupos pequeños coordinados por un tutor-facilitador, que regula la interacción entre los residentes o los pediatras. Estas sesiones de trabajo en grupo para análisis de videograbaciones han demostrado ser muy útiles para el aprendizaje de entrevista clínica, mediante la técnica de *problem based interviewing* (PBI), o de otras técnicas similares.

Puede ser útil el uso de guías para evaluar ciertas competencias en videograbaciones. Hay herramientas de apoyo para valorar la calidad de las entrevistas clínicas (Gatha) o de la relación paciente profesional (instrumento de evaluación CICCA) que están validadas en nuestro medio.

El *feedback* eficaz sobre videograbaciones

Proporciona al que aprende una visión sobre su desempeño, sus metas y la forma de conseguirlas. Enriquece la visión del residente y/o del pediatra sobre su propio trabajo, añadiendo cuestiones que tal vez habían pasado desapercibidas en su propia visión de la grabación. Se trata de aportarle críticas constructivas, información útil para mejorar su práctica clínica, al mismo tiempo que se refuerza su autoestima.

Como en todo *feedback*, hay que extremar la relación respetuosa con el que se graba y se expone a la crítica, pero en este caso también con el paciente y sus familiares que puedan aparecer en la grabación.

Hemos pensado realizar el *feedback* mediante la técnica ALOBA (Silverman, 1996) que es un acrónimo del inglés *agenda led objetive-based analysis*.

En las reglas del *feedback* convencional (Pendleton) se hace hincapié en:

1. Lo positivo primero para generar seguridad, refuerzo positivo y evitar críticas.
2. Se anima al alumno a que sea el primero en hacer cualquier comentario; es decir, autoevaluación

primero para reducir autodefensa y justificaciones. Permite al docente observar la capacidad del alumno de detectar sus propias dificultades.

3. Se realizan recomendaciones en lugar de críticas. En vez de "lo que se hizo mal", "que se podría haber hecho diferente y cómo".

Como críticas a este tipo de *feedback* se podría decir que separa artificialmente lo "bueno" primero y "lo mejorable" después, el lenguaje utilizado evalúa anticipadamente; "lo mejorable" puede ser percibido como "mal hecho", puede ser que los problemas del alumno se descubran muy avanzada la sesión y se suele hacer un uso ineficiente del tiempo pues algunos aspectos se tratan varias veces; es difícil centrarse en una parte concreta de la entrevista y trabajarla con detalle.

El *feedback* que os presentamos, ALOBA, deriva del inicial de Pendleton pero algo mejorado o refinado. Es un conjunto de estrategias alternativas para analizar entrevistas y dar *feedback* que maximiza el aprendizaje y la seguridad. Así mismo trata de mejorar el *feedback* convencional a la vez que mantiene sus principios y fortalezas (es equilibrado, no crítico y autoevaluativo) y es una mezcla de aprendizaje basado en problemas, centrado en los objetivos del que aprende y que permite la introducción oportunística de conceptos teóricos y facilita la discusión.

PRINCIPIOS

- La agenda del que aprende; es decir, conocer sus necesidades o lo que es lo mismo detectar los problemas. Es muy importante que el alumno defina y detecte que problemas o necesidades tiene. Se detiene uno hasta saber cuáles son sus necesidades.

- Los objetivos en esta entrevista o actuación, es decir conocer dónde quiere llegar y como conseguirlo; la eficacia en comunicación depende siempre de lo que se quiera conseguir.

- Animar a que busque soluciones propias.

- Animar a participar al resto del grupo en dichas soluciones.

Para llevar a cabo dichas premisas se sugiere el ensayo de las alternativas sugeridas y se introduce teoría de forma oportunista.

Es un *feedback* descriptivo, evita calificativos (bueno/malo) que habitualmente generan resistencias. Describir lo que vemos ayuda a focalizar el problema, sin que sea visto como una "deficiencia" del alumno. Las alabanzas no nos dicen por qué algo ha funcionado. Las habilidades de comunicación no son intrínsecamente buenas ni malas. Pueden funcionar o no en un determinado contexto o ayudar a conseguir un objetivo. Se concentra inicialmente en el "qué, cuándo, dónde y cómo" y se evita el "por qué" pues ello nos traslada desde lo observable a las inferencias, al terreno de las motivaciones personales.

Es un *feedback* específico, pues la descripción se focaliza en datos concretos que se pueden oír o ver. Las generalidades y generalizaciones no ayudan, y pueden generar resistencia o discusión. Los aspectos específicos ayudan a detectar habilidades concretas. Utilizar la primera persona ("yo veo", "yo pienso") ayuda a centrarse en la situación particular y a evitar vaguedades.

El *feedback* se hace sobre comportamientos, no sobre la personalidad. Es siempre en beneficio del que aprende y se debe limitar a la cantidad de información que el alumno pueda asimilar. Este debería ser solicitado, nunca impuesto y se debería dar solo sobre aquello que se puede modificar.

Haremos unos cuantos ejercicios durante el taller de hoy para que os quede claro y os pongáis a ello inmediatamente.

CONSIDERACIONES FINALES

Os animamos a probarlo después de este taller, incluso con un simple teléfono móvil. Nos gustaría recibir vuestros comentarios.

Los países anglosajones tienen mucha tradición en el uso de vídeograbaciones para el aprendizaje. Somos conscientes de que la RAE no reconoce el término *feedback* como perteneciente a la lengua castellana. En su lugar, deberíamos utilizar los términos retroalimentación, retroacción, realimentación. No lo hemos hecho y pedimos disculpas: nos sonaba muy forzado y decidimos que podía dificultar las búsquedas de bibliografía a los asistentes al taller.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Epstein MR, Hundret ME. Defining and assessing professional competence. JAMA. 2002;287:226-35.
- Ruiz MR. El feedback docente. En: Ruiz MR, ed. Educación Médica. Manual práctico para clínicos. Madrid: Panamericana; 2009. p. 115-21.
- Rosembaum ME, Axelson R. Curricular disconnects in learning communication skills: what and how students learn about communication during clinical clerkships. Patient Educ Couns. 2013;91:85-90.
- Silverman J. Teaching clinical communication: a mainstream activity or just a minority sport? Patient Educ Couns. 2009;76:361-7.
- Kurtz S, Silverman J, Draper J. Analysing interviews and giving feedback in experiential teaching sessions. In: Teaching and learning Communication Skills in Medicine. San Francisco: Radcliffe Publishing; 2009.
- Archer JC. State of the science in health professional education: effective feedback. Med Educ. 2010;44: 101-8.
- Borrell F. Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: SemFYC; 2004.
- Ruiz Moral R, Gavilán Moral E, Parras Rejano JM, *et al*; Grupo Comunicación y Salud SEMFYC. Escala "CICAA". Escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial. Manual de utilización. Esteve; 2006. [Fecha de acceso 26 nov 2016]. Disponible en http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2010/03/Escala_cicaa_2.pdf