

Experiencias de aprendizaje de residentes de último año de pediatría en la ronda clínica

Héctor Enrique Valderrama Rodríguez^{a,†,*}, Francisco Javier Montoya Ochoa^{a,§}, Edgar José Marzola Peña^{a,¶}, Gustavo Alfredo Ariza Marriaga^{a,◊}, Liliana Adela Zuliani Arango^{a,◊}

Facultad de Medicina



Resumen

Introducción: La ronda clínica (RC) es una estrategia de enseñanza en la formación de médicos especialistas que integra teoría con práctica, ha disminuido por factores relacionados con el docente, la carga y el tiempo.

Objetivo: El objetivo es comprender el significado de las experiencias de los residentes de último año de pediatría de la Universidad de Antioquia durante la RC como parte de su formación profesional.

Método: Diseño fenomenológico; 13 residentes de pediatría de la Universidad de Antioquia. Entrevista semiestructurada relatan su experiencia durante la RC. Se analizaron 3 categorías: aspectos docentes, estructura de ronda y papel del residente utilizando el software Atlas.ti.

Discusión: La RC es un espacio necesario para el aprendizaje clínico que combina la teoría con la práctica clínica, así como para el desarrollo del componente hu-

manístico y habilidades comunicativas del residente. Su funcionamiento requiere planeación y estructuración del profesor con adecuada retroalimentación. La RC facilita diferentes estilos del aprendizaje en el residente por su carácter vivencial y enfrentamiento con la realidad.

Resultados: La RC es fuente de experiencias trascendentes en la formación del residente, que dependen del tipo de interacción y la retroalimentación del profesor. Las barreras son la carga asistencial y el tiempo destinado a la discusión académica.

Conclusiones: La RC facilita la formación integral del residente a través de las experiencias vividas. La relación con el profesor es primordial para la motivación y retroalimentación del residente. La RC requiere organización y planeación para una adecuada ejecución debido a limitaciones de tiempo y carga asistencial.

^aDepartamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
ORCID ID:

[†] <https://orcid.org/0009-0000-5533-1569>

[§] <https://orcid.org/0000-0002-9934-1205>

[¶] <https://orcid.org/0009-0000-4021-5848>

[◊] <https://orcid.org/0000-0001-9352-8127>

[◊] <https://orcid.org/0000-0001-7416-8525>

Recibido: 24-septiembre-2024. Aceptado: 20-diciembre-2024.

* Autor para correspondencia: Héctor Enrique Valderrama Rodríguez. Departamento de pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Correo electrónico: hector.valderrama@udea.edu.co

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

Palabras clave: Rondas de enseñanza; retroalimentación; pediatría; experiencias; aprendizaje.

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

Learning experiences of final-year pediatric residents in the clinical round

Abstract

Introduction: The clinical round (RC) is a teaching strategy in the training of specialist physicians that integrates theory with practice but has diminished due to factors related to the instructor, workload, and time.

Objective: The objective is to understand the meaning of the experiences of final-year pediatrics residents at the University of Antioquia during the RC as part of their professional training.

Method: Phenomenological design; 13 pediatrics residents from the University of Antioquia. Semi-structured interviews recount their experiences during the RC. Three categories were analyzed: teaching aspects, round structure, and resident roles using Atlas.ti software.

Discussion: The RC is a necessary space for clinical learning that combines theory with clinical practice; it is an environment for the development of the humanistic component and communication skills of the resident. Its functioning requires planning and structuring by the instructor with appropriate feedback. The RC facilitates different learning styles in the resident due to its experiential nature and confrontation with reality.

Results: The RC is a source of significant experiences in the resident's training, which depend on the type of interaction and feedback from the teacher. Barriers include workload and time allocated for academic discussion.

Conclusions: The RC facilitates the comprehensive training of the resident through lived experiences. The relationship with the teacher is crucial for the motivation and feedback of the resident. The RC requires organization and planning for proper execution due to time limitations and workload.

Keywords: Teaching rounds; feedback; pediatric; experiences; learning.

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

INTRODUCCIÓN

La ronda de pisos o ronda clínica (RC) es el momento en el cual se evalúan los pacientes en un servicio hospitalario. Es considerada un espacio pedagógico esencial desde los inicios de la educación médica, donde se combina la presencia del paciente con una forma estructurada y planeada por el docente para generar una oportunidad de formación. Esencialmente, la enseñanza con los pacientes permite que tres dominios de aprendizaje clave se integren: clínico (conocimientos y habilidades), profesional (trabajo en equipo, consideraciones éticas) y comunicación (con personal y paciente)¹⁻³.

En los últimos 20 años, se han publicado recomendaciones y guías pedagógicas que intentan resumir las bondades de la RC como método de enseñanza, en las cuales se enfatiza la importancia de planear y definir objetivos precisos, desarrollar

razonamiento clínico, retroalimentar al estudiante y delimitar el tiempo empleado antes, durante y después de la RC⁴⁻⁷.

Se han encontrado en la literatura algunas aproximaciones cualitativas que describen las percepciones de los profesores y las barreras a las cuales se enfrentaban en el proceso de enseñanza y aprendizaje en la RC, (planteando soluciones como disminución de número de estudiantes, planeación y flexibilidad de la RC junto con mayores estímulos a la educación médica)⁸.

Después de una búsqueda bibliográfica en bases de datos (Pubmed, Scopus y Eric), encontramos algunos estudios que abordan la percepción del residente de especialidades sobre la RC de forma cualitativa⁹⁻¹² y algunos estudios de corte cuantitativo sin profundizar en percepciones del residente^{13,14} sin hallar estudios en Latinoamérica, que intenta-

ran comprender las experiencias de los médicos en formación clínica de posgrado frente a la RC y su significado dentro de su proceso formativo.

Con esta investigación se buscó comprender el significado de la experiencia del residente de pediatría durante su proceso de aprendizaje en la RC. Esto con la intención de evaluar la percepción del residente sobre la RC y plantear la necesidad de investigaciones futuras dirigidas a estructurar y optimizar la estrategia de RC en el área de posgrados clínicos en Colombia.

METODOLOGÍA

Se empleó para este estudio un método cualitativo con un diseño fenomenológico, con la intención de conocer las experiencias formativas de los residentes durante la RC.

La población de estudio fueron los residentes de tercer año de pediatría de la Universidad de Antioquia (U de A), esto argumentado en una mayor oportunidad de vivir la experiencia de la ronda clínica y estar en la etapa final de su formación.

Los datos se obtuvieron a partir de entrevistas semiestructuradas realizadas por tres investigadores principales y en dicho momento no existió vínculo profesor-estudiante con los entrevistados. A través de una serie de preguntas guía y complementarias se exploró la vivencia personal de un residente en su quehacer diario durante la RC. Las secciones de preguntas se agruparon en tres temáticas: (generalidades sobre RC, aprendizaje y experiencia del residente).

El registro se realizó por medio de grabación de video y posteriormente se hizo una minuciosa transcripción en formato Word y finalmente se vincularon las transcripciones al software ATLAS.ti para el análisis de la información. Las entrevistas se enumeraron de R01 hasta R13 para proteger la confidencialidad.

Consideraciones éticas

El estudio se acogió a la normativa expresada en la declaración de Helsinki. La investigación recibió aprobación por el Comité de ética de la Universidad, acta No 033 de 2022. Los residentes fueron invitados a la investigación durante una sesión informativa presencial y su participación fue voluntaria. La to-

talidad de los 13 residentes aceptaron y firmaron el consentimiento informado para participar en la investigación, garantizando el anonimato y la confidencialidad de las respuestas. Las entrevistas se realizaron de manera presencial e individual, solo una entrevista fue realizada de forma virtual y tuvieron una duración promedio de una hora y media.

Análisis de datos

El análisis de la información se realizó en dos etapas. En la primera etapa se efectuó un proceso de escucha y transcripción del material de las entrevistas para encontrar posibles categorías preliminares, luego se crearon nubes de palabras y conceptos para identificarlas a través de las recurrencias y finalmente se definieron tres categorías emergentes con el análisis de la información.

En una segunda etapa se vincularon las 13 entrevistas transcritas en formato Word con citas señaladas previamente con colores distintivos para cada categoría principal. Se establecieron tres categorías principales: aspectos docentes, estructura de ronda y papel del residente. Usando el software Atlas.ti, se logró organizar las citas con sus respectivas categorías en redes de análisis, pudiendo clasificarlas por categorías finales y permitir la generación de resultados.

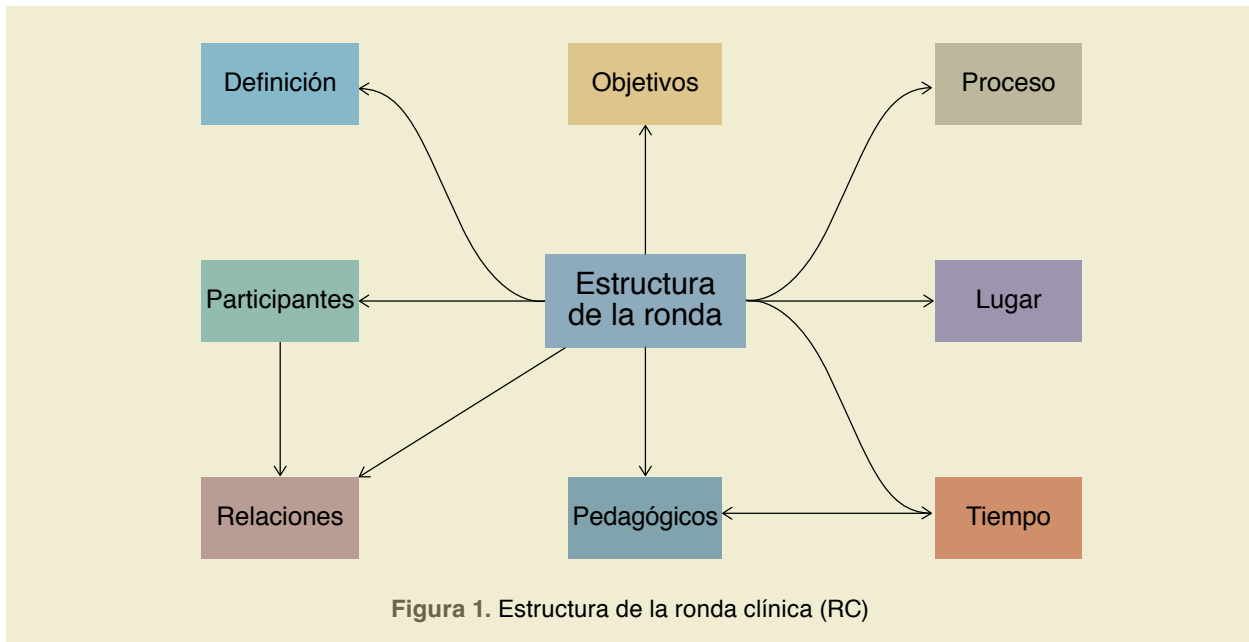
RESULTADOS

La ronda y su estructura

Para el total de los entrevistados, la RC constituía “un clásico” de la formación médica utilizada en todos los niveles de formación y que contribuía a “reforzar todos los aprendizajes... no solamente de los textos y los seminarios, sino de la experiencia propia” (R06). Su estructura se ilustra en la **figura 1**.

Asimismo, la RC era el escenario que permitía trascender del caso clínico discutido en el aula y trasladarlo a la realidad, porque “la mejor estrategia que uno puede tener para aprender es con el paciente, en el escenario clínico... porque uno puede leerse 10,000 libros, pero en contadas ocasiones va a aprender tanto como viendo un paciente” (R10).

La RC más básica estaba compuesta por: el residente, el docente y los pacientes. Cuando la ronda era conducida por profesores de la universidad podía contarse con estudiantes y se interpretaba como un



espacio “más académico... y mucho más enriquecedor” (R03). Se daba mucho valor además a la presencia del personal de enfermería porque mejoraba el aprendizaje y ayudaba a resolver en mejor medida las necesidades del paciente, debido a que la enfermera “está mucho más tiempo con el paciente que uno” (R01).

Se pudo extraer de las entrevistas que en general la ronda estaba dividida estructuralmente en cinco (5) partes: preparación de la historia, revisión del paciente por parte de los residentes, presentación del paciente por parte del residente, evaluación conjunta con el docente y discusión académica. Sin embargo, también resultó evidente que la dedicación o presencia de estos cinco momentos en la ejecución diaria no es constante.

El desequilibrio entre la cantidad elevada de actividades asistenciales y pocas actividades académicas constituía un factor que dificultaba el proceso formativo integral expresado en frases como “... uno está mucho tiempo en el hospital, pero mucho tiempo haciendo lo asistencial, no necesariamente dedicándose a la parte académica” (R04) (**figura 1**).

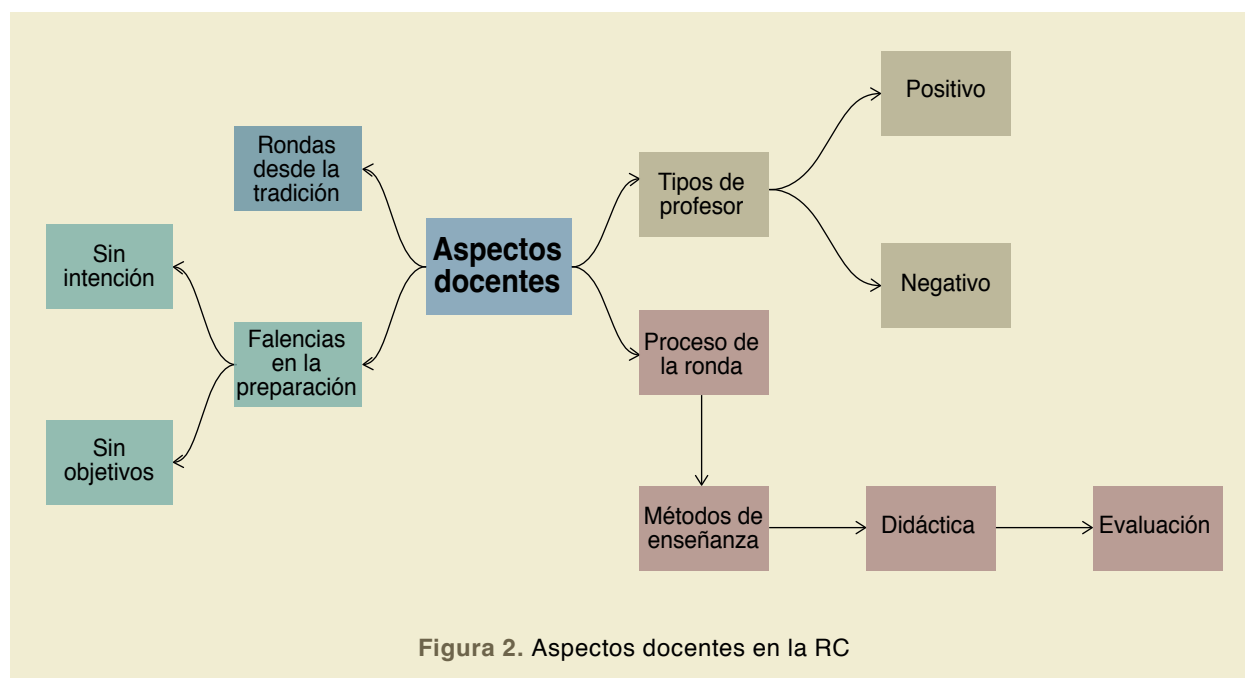
Aspectos docentes

En el ámbito de la formación de residentes médicos en la especialidad de pediatría, se destacó el papel crucial de los docentes en la ronda clínica (RC) como

se observa en la **figura 2**. Algunos docentes tendían a mantener prácticas sin renovación a lo largo del tiempo, lo que podía conducir a un uso subóptimo de la RC como estrategia didáctica. Sin embargo, los docentes eran vistos como supervisores de la RC, orientaban las actividades y compartían sus experiencias tanto en aspectos técnicos como en habilidades no técnicas, “el rol del profesor hacia el estudiante es una guía para poder adquirir adecuadamente todo este conocimiento” (R06).

La imitación del docente fue valorada como fuente de conocimiento, pero también se percibía como una actitud peligrosa si no existían espacios adecuados para la discusión y la reflexión, mencionaban “uno trata de no aprender los vicios de los docentes” (R04). Se esperaba que los docentes aportararan detalles basados en su experiencia, que no siempre se encontraban en los textos. La afinidad con el docente se identificó como un factor que aumentaba la motivación y favorecía la retroalimentación, lo que llevaba a un mayor conocimiento adquirido por parte del residente, “hay docentes que generan mucho interés porque se les nota que disfrutan enseñar y mostrar de cada niño, lo aprovechan tanto desde la parte clínica, que es algo inspirador” (R11).

El comportamiento positivo del docente estimulaba el proceso de aprendizaje del residente, genera-



ba tranquilidad y motivación para la discusión y la búsqueda de información. Por el contrario, la actitud negativa del docente podía limitar el aprendizaje y generaba poca motivación en el estudiante para su proceso de formación y autogestión del conocimiento: “hay doctores que hacen sentir como si uno no supiera y le faltara mucho para el nivel donde está; esto sí genera cierto nivel como de malestar y uno va indispuesto a las rotaciones” (R03).

La falta de planeación en la RC también fue un aspecto preocupante, ya que la mayoría de las veces los temas se discutían con base en pacientes vistos casi al azar, sin una intencionalidad clara ni ajuste a los objetivos del microcurrículo de la rotación, el residente esperaba del profesor: “pacientes escogidos a conciencia por el docente” (R04).

Las preguntas fueron una herramienta que en su mayoría los residentes identificaban como la estrategia por excelencia durante la RC; la óptima formulación de preguntas en marco de respeto era referida como generadora de dudas y búsqueda de conocimiento, “a mí me encanta una ronda donde me hagan muchas preguntas, donde se trate de evaluar el tema y me genere muchas dudas” (R03). Es entonces el docente quien debía desarrollar la habilidad para la formulación de lo que los residentes

denominaban la “pregunta buena” y era reconocida como aquella “que tiene un objetivo claro para su proceso de aprendizaje” (R05).

Otra estrategia percibida con gran valor fue la retroalimentación, cualquier intervención del residente durante la RC podía ser susceptible de recibir algún aporte al respecto, bien sea por medio de una corrección respetuosa de algún error o el reconocimiento oportuno de cualquier acierto, sin embargo, la falta de tiempo para la retroalimentación del residente se reflejó en una deficiencia en la comprensión de decisiones clínicas durante la RC, “porque a veces solos tomamos las decisiones, pero no entendemos muy bien el fondo de estas” (R03).

Por último, se encontró también entre los comentarios frecuentes, que los aspectos docentes en este entorno, a veces era tan personalizado, que requería no solo que el profesor tuviera preparación y actitud, sino reciprocidad con una adecuada preparación y actitud del residente; el deseo de enseñar y la forma como se hacía fue reconocido por los residentes como un estímulo para que ellos mismos fueran más activos en el proceso de aprendizaje “hay gente que no le gusta enseñar, hay gente que se limita a hacer su labor asistencial” (R02) (figura 2).

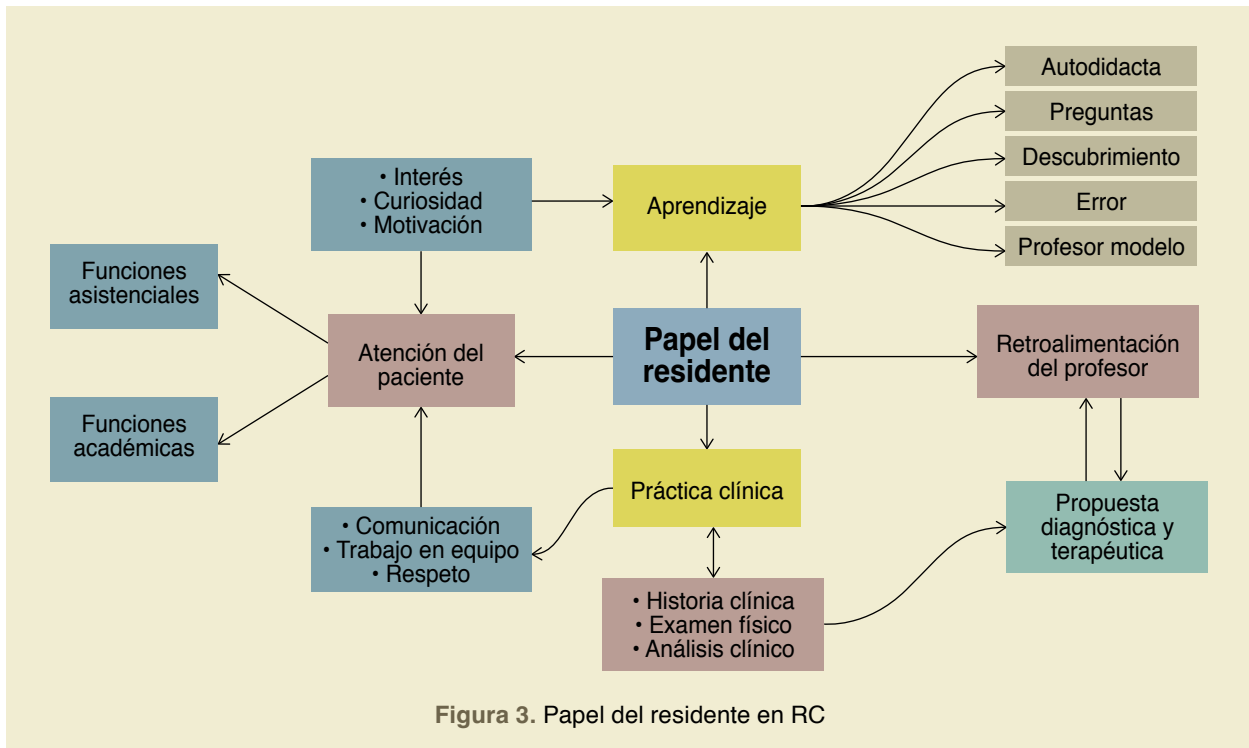


Figura 3. Papel del residente en RC

El papel del residente

Dentro de las funciones del residente se identificaron funciones académicas, encaminadas a integrar la teoría con la práctica bajo el acompañamiento del docente como se describe en la **figura 3**, “La ronda me ayuda a reforzar todos los aprendizajes que he adquirido... hacer mi propia historia clínica antes de comentárselo al docente, de poder establecer mi propio análisis” (R06).

Un factor decisivo en el proceso de aprendizaje del residente fue el tiempo dedicado a la revisión de la historia clínica, al examen físico del niño y la creación de su propuesta clínica para exponerla al docente y su respectiva retroalimentación acorde a su nivel formativo.

El tiempo reducido dedicado a actividades académicas del residente se comportaba como una importante barrera para la RC, generaba frustración en los integrantes de la ronda por la incapacidad de evaluar todos los pacientes de una forma integral y creaba la sensación en el residente de ser un trabajador en vez de ser un estudiante de especialización clínica: “Cuando son rondas voluminosas, se sacrifica un poquito la academia.... como estudiante queda

como en un rol muy de un trabajador, más que como un aprendiz” (R11).

La necesidad de evaluar de forma rápida a los pacientes durante la RC con poco o nada de tiempo para la reflexión, análisis y retroalimentación, originaba ansiedad y agobio en el residente: “si uno está solo y tiene 10 pacientes para ver y es a las 7 que hay que verlos, pues obviamente en ese momento uno va a sentir ansiedad y no va a estar en el mejor estado emocional” (R13).

El residente requería una retroalimentación guiada por preguntas prácticas enmarcadas en objetivos precisos para su formación clínica “hay docentes que se les nota que la intención no es incomodar, enfatizan en que usted tiene que saber eso porque se va a graduar y esto puede definir si salvarle o no la vida a un niño, entonces es como un poco preocupante que usted no sepa eso” (R09).

La formación del residente exigía un alto nivel de interés, curiosidad y aprendizaje de autoformación, pero enfrentado a limitaciones relacionadas con la elevada carga asistencial y la disponibilidad de tiempo: “Entonces uno tiene que ser muy autodidacta, buscar y preguntar lo que no sabe... pero

uno también tiene que tener la responsabilidad de estudiar los pacientes que tiene, que obviamente por el tiempo y por el cansancio no siempre es lo que uno alcanza a hacer, pero al menos tener la intención” (R09).

Otro aspecto del residente era su compromiso con la docencia de médicos internos y estudiantes de medicina que lo acompañaban durante la RC, permitía afianzar conceptos clínicos y a su vez contribuía a la formación de futuros médicos: “Estaba disponible para enseñarle y aclararle las dudas al interno o el estudiante que uno tuviera a cargo” (R10).

El residente en la RC desarrollaba habilidades de comunicación con los padres y a su vez con los niños dependiendo del desarrollo neurológico. Además, los residentes admitían la importancia de lograr una comunicación asertiva para comprender los problemas expuestos por los padres: “La RC le permite a uno, como profesional y como persona, desenvolverse en la parte comunicativa mucho más fácilmente” (R06) (figura 3).

DISCUSIÓN

Nuestros resultados confirman que la RC aporta en gran medida al desarrollo de habilidades técnicas, de comunicación y trabajo en equipo. En el estudio de Tariq se evidenció que la enseñanza de habilidades clínicas y el examen en la cama del paciente son áreas de gran importancia para los residentes, pero ellos deseaban que se hiciera mucho más énfasis en la enseñanza de habilidades de comunicación, asesoramiento al paciente y temas relacionado con ética médica¹⁵.

Dentro de las fortalezas encontradas en el estudio, los residentes casi en su totalidad describieron el proceso de RC como una de las estrategias pedagógicas fundamentales en su proceso de formación y la literatura ha reportado que promovía la enseñanza de habilidades relacionadas con anamnesis, examen físico, comunicación y aspectos humanísticos, tanto en posgrado como pregrado de medicina¹⁶. Los residentes de pediatría además reconocieron que la RC era el ambiente ideal para desarrollar esta serie de habilidades durante su proceso formativo. Estos hallazgos también fueron reportados en estudios cualitativos con residentes de especialidades clínicas por Ramani, Rabionowitz y Williams^{10,11,17}.

En los resultados todos los residentes admitieron el papel fundamental que cumple el docente en la calidad del desarrollo de la RC. El éxito de aprendizaje de la RC recaía sobre la preparación del docente, oportunidad de retroalimentación, dedicación de tiempo y habilidades comunicativas con el residente y la familia, esto fue concordante con lo expresado por Khan¹³. Era crucial el desarrollo de una buena relación docente-residente a través del entusiasmo del profesor para enseñar, enmarcado en un trato respetuoso hacia el residente, como fue evidenciado por la mayoría de los residentes de pediatría entrevistados.

Todos los residentes remarcaron la importancia de la retroalimentación de su propuesta clínica diagnóstica, terapéutica y de seguimiento al paciente, lo cual concuerda con lo descrito en varios autores^{11,12,18}. Recientemente el estudio de Modak¹⁹ con residentes de pediatría describió la importancia de mejorar la retroalimentación a través de la alianza educativa entre profesor y residentes, pero requiere un esfuerzo planeado y organizado debido a las barreras encontradas en la RC. Esta retroalimentación fue considerada una fuente de correcciones, motivación y mejoramiento continuo para las habilidades del residente.

La retroalimentación (herramienta didáctica), al ser un aspecto clave en la formación del residente dependía de la forma como se impartía y podía ocasionar en el estudiante sentimientos de desmotivación y frustración en su proceso de aprendizaje⁸. Autores como Williams¹⁷ han descrito sentimientos negativos expresados por el residente durante la RC, en nuestro estudio el miedo al error y a la humillación en público eran quizá los sentimientos negativos que predominaban entre los residentes e implicaban una retroalimentación deficiente.

Es interesante la clasificación percibida por el residente sobre el docente en: profesor con vocación docente y profesor maltratador, según la disposición del profesor para equilibrar funciones asistenciales y docentes en la RC sumado con la forma de tratar a los residentes. Este hallazgo demostró que el profesor cumplía una función primordial en un óptimo desarrollo de la ronda y en la generación de experiencias significativas de aprendizaje en el residente. No encontramos en los estudios revisados una clasificación similar.

Es destacable en los resultados que los residentes evidenciaron diferentes estilos de aprendizaje durante la RC: por error, por descubrimiento, experiencial y autodidacta. Todos estos estilos de aprendizaje podrían ser impulsados y potenciados por la tutoría del profesor. Estas formas de aprendizaje en ambientes clínicos han sido referenciadas previamente en otros estudios^{16,20}.

Otro aspecto apreciable dentro de las funciones del residente en la RC fue el desarrollo de habilidades de comunicación con el equipo de la ronda y los familiares del paciente. Además, algunos residentes expresaban su deseo de contribuir con la formación de médicos internos y estudiantes de medicina durante la RC. Esto evidenció que la RC para el residente, es una estrategia integral no solo enfocada en aspectos teóricos y técnicos de la especialidad, sino con un componente humanístico y docente, inherente a la formación del residente.

En nuestro estudio encontramos barreras que fueron reportadas por varios autores^{8,21,22} como el exceso de trabajo asistencial de parte de los docentes, grupos grandes de estudiantes, interrupciones frecuentes por enfermería o mensajes de texto, tiempo limitado de enseñanza durante la ronda, falta de planeación y retroalimentación deficiente al residente.

En la revisión sistemática sobre educación en RC de Khalaf y Khan²³ se reportó resultados divididos sobre el valor de educativo de la RC percibido por residentes, explicado por barreras de tiempo y la naturaleza de la ronda orientada a lo asistencial, lo cual conlleva a la necesidad de planificar la enseñanza incorporada durante la RC.

Se han descrito estrategias para maximizar el poder educativo de la RC en un intento por estructurar la ronda, siguiendo pasos de planeación, enseñanza dirigida, reflexión con retroalimentación y cierre con conclusiones con resultados de buena aceptabilidad por los docentes y optimización del tiempo empleado²⁴.

Se reconoce a la RC como una gran oportunidad en la formación, pero de la misma manera se considera que se explota de manera parcial¹⁰. A pesar de que no se trata de una estrategia recién desarrollada, su estandarización no es fácil, y la evidencia sobre estrategias para su realización es escasa. De forma casi unánime, los entrevistados manifestaban que

la RC se presentaba como una estrategia tan tradicional y ancestral que es parte casi obvia de la formación médica, pero susceptible de reformas en su implementación.

Al finalizar el estudio se realizó una sesión virtual con exposición de los resultados y conclusiones y participación de profesores y residentes con intención de crear propuestas de mejoramiento en el funcionamiento de la RC e inspirar nuevas líneas de investigación relacionadas con la intención de crear una estrategia didáctica más estandarizada.

Las limitaciones del presente estudio fueron que solo reportamos el punto de vista del residente y únicamente se evaluaron los residentes del último año de especialización en pediatría de la universidad de Antioquia. Sería interesante conocer la perspectiva del profesorado y el personal asistencial en contacto con los residentes durante su formación y a su vez poder incluir varias especialidades clínicas.

CONCLUSIONES

En este estudio se evidenció la importancia de la RC como estrategia didáctica integradora y generadora de experiencias significativas en la formación del residente de Pediatría de la U de A. Se considera el ambiente ideal para el desarrollo de habilidades clínicas de interrogatorio, examen físico, propuesta diagnóstica y terapéutica.

La experiencia vivida por el residente se fortalece a través de su relación con el docente, encargado no solo de transmitir conocimientos, sino también otorgar validez, generar confianza e inspirar motivación en el residente, siendo clave en este proceso de aprendizaje mediante su deseo de enseñar, entusiasmo, buen trato y capacidad de retroalimentar oportunamente al residente. Además, la RC contribuye al desarrollo de habilidades comunicativas con el profesor y con los pacientes.

Dentro de las limitaciones de la RC encontramos que el principal factor es el tiempo dedicado a actividades académicas y de retroalimentación, esto explicado por la alta carga asistencial en algunos servicios y sumado a factores como la falta de vinculación formal de docentes enfocados en la formación del residente, carencia de planeación de objetivos de la RC y una capacitación escasa del docente en educación en ambientes clínicos.

CONTRIBUCIÓN INDIVIDUAL

- HEVR: Idea original, diseño de la investigación, confección del instrumento de evaluación, recolección de datos, análisis de datos, revisión de la literatura, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación final de versión publicable. Asume la responsabilidad de lo publicado.
- FJMO: Idea original, diseño de la investigación, confección del instrumento de evaluación, recolección de datos, análisis de datos, revisión de la literatura, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación final de versión publicable. Asume la responsabilidad de lo publicado.
- EJMP: Idea original, diseño de la investigación, confección del instrumento de evaluación, recolección de datos, análisis de datos, revisión de la literatura, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación final de versión publicable. Asume la responsabilidad de lo publicado.
- GAAM: Diseño de la investigación, análisis de datos, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación final de versión publicable. Asume la responsabilidad de lo publicado.
- LAZA: Diseño de la investigación, análisis de datos, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación final de versión publicable. Asume la responsabilidad de lo publicado.

PRESENTACIONES PREVIAS

Ninguna.

FINANCIAMIENTO

Financiamiento con recursos propios.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno. 

REFERENCIAS

1. O'Hare JA. Anatomy of the ward round. *Eur J Intern Med*. 2008 Jul;19(5):309-13. doi: 10.1016/j.ejim.2007.10.024.
2. Peters M, Ten Cate O. Bedside teaching in medical education: a literature review. *Perspect Med Educ*. 2013 Sep;3(2):76-88. doi: 10.1007/s40037-013-0072-y.
3. Ngo TL, Blankenburg R, Yu CE. Teaching at the Bedside.

4. Ramani S. Twelve tips to improve bedside teaching. *Med Teach*. 2003 Jan;25(2):112-5. doi: 10.1080/0142159031000092463.
5. Carlos WG, Kritek PA, Clay AS, Luks AM, Thomson CC. Teaching at the bedside: maximal impact in minimal time. *Ann Am Thorac Soc*. 2016 Apr;13(4):545-8. doi: 10.1513/AnnalsATS.201601-018AS.
6. 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. doi: 10.4103/jrms.JRMS_460_18.
7. Rothhoff T. Practical tips to improve bedside teaching using learning theories and clinical reasoning. *MedEdPublish*. 2024 Mar 11;13:215. doi: 10.15694/mep.2024.000215.1.
8. Beigzadeh A, Bahaadinbeigy K, Adibi P, Yamani N. Identifying the challenges to good clinical rounds: a focus-group study of medical teachers. *J Adv Med Educ Prof*. 2019 Mar;7(2):61-7. doi: 10.30476/jamp.2019.44710.
9. Balmer DF, Master CL, Richards BF, Serwint JR, Giardino AP. An ethnographic study of attending rounds in general paediatrics: understanding the ritual. *Med Educ*. 2010 Nov;44(11):1105-16. doi: 10.1111/j.1365-2923.2010.03767.x.
10. Ramani S, Orlander JD. Human dimensions in bedside teaching: focus group discussions of teachers and learners. *Teach Learn Med*. 2013 Oct;25(4):312-8. doi: 10.1080/10401334.2013.827979.
11. Rabinowitz R, Farnan J, Hulland O, Kearns L, Long M, Monash B, et al. Rounds today: a qualitative study of internal medicine and pediatrics resident perceptions. *J Grad Med Educ*. 2016 Oct;8(4):523-31. doi: 10.4300/JGME-D-15-00752.1.
12. 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 Sep;54(9):1011-5. doi: 10.1111/jpc.14056.
13. Khan AM, Al-Jahdali HH, Alharbi AS, Alabdulaali SK, Rajendram R, Obaidi M, 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. *Am J Respir Crit Care Med*. 2021 May;203(1):A1528. doi:10.1164/ajrccmconference.2021.203.1_MeetingAbstracts.A1528.
14. Laskaratos FM, Wallace D, Gkotsi D, Burns A, Epstein O. The educational value of ward rounds for junior trainees. *Med Educ Online*. 2015 Jan;20(1):27559. doi: 10.3402/meo.v20.27559.
15. 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 Dec;10(1):53. doi: 10.1186/1472-6920-10-53.
16. Spencer J. ABC of learning and teaching in medicine: learning and teaching in the clinical environment. *BMJ*. 2003 Mar 15;326(7389):591-4. doi: 10.1136/bmj.326.7389.591.
17. Williams KN, Ramani S, Fraser B, Orlander JD. Improving bedside teaching: findings from a focus group study of *Pediatr Clin North Am*. 2019 Aug;66(4):881-9. doi: 10.1016/j.pcl.2019.03.010.

- learners. *Acad Med*. 2008 Mar;83(3):257-64. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181637f3b.
18. Ratnani I, Fatima S, Mithwani A, Mahanger J, Surani Z. Changing paradigms of bedside clinical teaching. *Cureus*. 2020 May 13;12(5):e8094. doi: 10.7759/cureus.8094.
 19. Modak MB, Gray AZ. Junior doctor perceptions of education and feedback on ward rounds. *J Paediatr Child Health*. 2021 Jan;57(1):96-102. doi: 10.1111/jpc.15135.
 20. Parsell G, Bligh J. Recent perspectives on clinical teaching. *Med Educ*. 2001 Apr;35(4):409-14. doi: 10.1046/j.1365-2923.2001.00900.x.
 21. Shehab A. Clinical Teachers' Opinions about Bedside-based Clinical Teaching. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2013;13(1):121-126. doi:10.12816/0003205
 22. Gray C, Allaudeen N. Interruptions to attending physician rounds and their effect on resident education. *J Grad Med Educ*. 2021 Apr;13(2):266-75. doi: 10.4300/JGME-D-20-00827.1.
 23. Khalaf Z, Khan S. Education during ward rounds: systematic review. *Interact J Med Res*. 2022 Nov 9;11(2):e40580. doi: 10.2196/40580.
 24. Gray AZ, Modak M, Connell T, Enright H. Structuring ward rounds to enhance education. *Clin Teach*. 2020 Jun;17(3):286-91. doi: 10.1111/tct.13086.

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Entrevista semiestructurada Guía de preguntas para residentes

RONDA EN GENERAL

Estas preguntas abordan de forma general la experiencia del residente en una ronda clínica.

1. Describa cómo es una ronda clínica promedio en pediatría en la cual usted haya participado de forma presencial. (Lugar, integrantes, horarios, metodologías, actividades, ejemplos)
2. Cuéntanos en tu experiencia, ¿cómo es para ti una ronda clínica en un servicio de pediatría? (Dónde se desarrolla, quiénes participan, qué sentimientos genera, te ayuda a generar aprendizajes, cómo se comportan los docentes, qué has visto en otros estudiantes)
3. Sabemos que la ronda es uno de los espacios de aprendizaje más utilizados en la formación de los residentes de pediatría, ¿qué opinas de este espacio? (Opinión general de la ronda, piensas que puede mejorar, conoces otros métodos de aprendizaje que serían mejor que la ronda, ¿qué hace que una ronda no se aproveche?)
4. ¿Cuáles son las actividades académicas y asistenciales del residente en una ronda clínica?

5. Describa qué actividades específicas durante la ronda contribuyen a su formación como pediatra.

APRENDIZAJE

Estas preguntas tratan de detallar cómo es el proceso de aprendizaje desde la visión del residente de pediatría durante una ronda clínica.

6. ¿Cómo describes tu proceso de aprendizaje en una ronda clínica?
7. Qué motivaciones encuentras en la ronda clínica para sentir que sí estás aprendiendo realmente durante esta.
8. A las rondas clínicas que has asistido durante la formación de pediatría en toda tu vida académica ¿Has notado una estructura o un planteamiento de objetivos y metas durante su desarrollo o tienen otra percepción? (Se han definido al estudiante objetivos, contenidos, planeación, estrategias y evaluación; en los casos en los que esto se ha definido antes del inicio, piensas que esto impactó de manera positiva o negativa en el aprendizaje de ese momento).
9. La ronda, como cualquier momento de la vida, puede tener dificultades o eventos que pueden no ayudar

a que sea un momento de aprendizaje adecuado, ¿cuáles consideras que son las que más te hayan afectado o evidenciado durante tu formación? (Se puede esperar y luego preguntar el por qué considera esto como negativo)

- 10.** ¿Durante una ronda clínica qué aspectos consideras que mejorarían el desarrollo, la calidad y la experiencia de aprendizaje durante ella? (Cómo deberían ser las actitudes de los docentes, estudiantes, personal asistencia de apoyo –terapia, enfermería, otros–; en los sitios de práctica, horarios, acompañamiento).

EXPERIENCIA

Este grupo de preguntas son más específicas sobre las experiencias individuales de cada residente en particular.

- 11.** Quisiéramos conocer momentos, anécdotas, eventos o episodios de alguna ronda clínica que haya tenido

un gran significado de aprendizaje para tu vida, puede ser personal o profesional (qué piensas que llevó a que este momento fuera crucial en tu vida, alguna actitud de otros, el lugar, el momento, el paciente)

- 12.** Puedes contarnos qué percepciones tienes de la ronda clínica como factor que contribuye desarrollar habilidades comunicativas con profesores y pacientes
- 13.** Cuéntanos cómo transcurre un día en la última rotación con ronda clínica, qué aspectos dejarías y cuáles cambiarías si pudieras.
- 14.** ¿Cómo describes las relaciones con docentes, especialistas, médicos internos y personal que hace parte del grupo de la ronda clínica?
- 15.** Si pudieras describir una ronda clínica ideal diseñada para el residente de pediatría de acuerdo con tu propia experiencia, ¿cómo sería esta ronda?