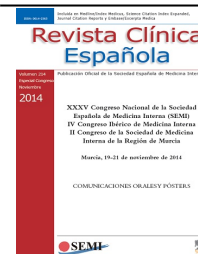




Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

DP-18. - DIFERENCIAS ENTRE RESIDENTES Y ADJUNTOS AL COMUNICAR MALAS NOTICIAS

M. Galindo Andúgar¹, J. Castellanos Monedero¹, L. Rodríguez Rojas², R. Espinosa Aunión³, H. Patiño Ortega¹, L. Oriente Frutos¹, J. Rivas Cortés¹, M. Sánchez López¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan Ciudad Real. ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ³Servicio de Oncología. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan Ciudad Real.

Resumen

Objetivos: La comunicación de malas noticias representa una de las situaciones más difíciles y estresantes a la que se enfrentan los profesionales sanitarios y en concreto los médicos. El objetivo es ver las dificultades a las que se enfrentan en estas situaciones, y comprobar si existen diferencias entre médicos adjuntos y residentes.

Métodos: Estudio prospectivo observacional en el que se ha realizado una encuesta a los facultativos que desempeñan guardias de presencia física en nuestro hospital, basada en el protocolo SPIKES diseñado por Buckman et al. Incluye una lista de veintiocho preguntas que abarcan cuatro aspectos fundamentales de la forma de comunicar malas noticias, que se pueden resumir en: número de veces que tenemos que dar malas noticias y sentimientos al respecto, preparación previa a la comunicación de las malas noticias y forma de hacerlo, formación específica recibida y percepción de necesidad de la misma, y preferencias en caso de ser los destinatarios de las malas noticias. Se ha comparado entre médicos adjuntos y residentes. Análisis estadístico con el test Tau-B de Kendall.

Resultados: Se han recogido 63 encuestas, 33% eran médicos residentes. Los médicos adjuntos comunican malas noticias con más frecuencia que los residentes, y las especialidades médicas más que las quirúrgicas. A mayor edad y más experiencia, se utiliza menos vocabulario técnico, se preparan mejor y dejan más tiempo para preguntas, frente a los residentes que se sienten peor preparados y dejan menos tiempo para preguntas además de sentirse desbordados por la situación con más frecuencia. También se preparan para ello peor que los adjuntos, a menudo no se revisan antes la historia clínica, y no buscan un entorno más adecuado para hacerlo (evitando los pasillos para informar, por ejemplo). En lo que respecta a la valoración de cuál es la parte que les resulta más difícil del proceso, la mitad refiere que es ser honesto sin acabar con las esperanzas del paciente, seguido por tratar con las emociones del paciente (33%). Los residentes desean en un porcentaje elevado recibir formación específica, aunque no se aprecian diferencias estadísticamente significativas porque un porcentaje elevado de adjuntos también desean formarse.

Discusión: En la práctica encontramos que a menudo se evita dar malas noticias. Hay varias razones para que así ocurra: la percepción de pobres habilidades para hacerlo (especialmente entre los residentes), la falta de tiempo, el miedo al impacto sobre el paciente y sus familiares, las peticiones de familiares para no informar al paciente, y un sentimiento de fracaso derivado de la sensación de no poder ofrecer alternativas curativas al paciente. Esto se agudiza cuando se trata de residentes, y en ocasiones origina que eviten dichas situaciones,

e incluso que lo hagan lo más rápido posible sin prepararse ni cuidar el entorno, en detrimento de una buena comunicación médico y paciente.

Conclusiones: Varias publicaciones han demostrado que las habilidades de comunicación pueden ser enseñadas y aprendidas, alcanzándose no sólo una comunicación más efectiva y empática, sino mejorando la satisfacción del profesional sanitario y rebajando su nivel de estrés en estas circunstancias. Una mayor preparación en las habilidades para dar malas noticias es efectiva para mejorar la comunicación.