

Herramientas de comunicación en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

David Lozano Díaz⁽¹⁾, Amelia Sánchez Galindo⁽²⁾

⁽¹⁾UCI Pediátrica y Neonatal. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real

⁽²⁾UCIP. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Lozano Díaz D, Sánchez Galindo A. Herramientas de comunicación en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Protoc diagn ter pediátr.* 2021;1:329-44.



RESUMEN

La comunicación efectiva y el trabajo en equipo son herramientas fundamentales para ofrecer a los pacientes una asistencia de calidad y segura. Los momentos de traspaso de información entre profesionales y las situaciones de urgencia son particularmente vulnerables a las deficiencias en comunicación. La comunicación efectiva entre sanitarios, pacientes y familias es un pilar fundamental que sustenta la relación de confianza médico-paciente.

La transferencia de pacientes es el traspaso de información, responsabilidad y cuidados. Las transferencias que siguen un formato estandarizado son más precisas y eficientes. Cada unidad debe diseñar su proceso, adaptándolo a su situación específica y a los objetivos de la transferencia. Una de las herramientas más utilizadas en la transferencia de pacientes es la SBAR (*Situation, Background, Assessment y Recommendations*).

Una mala noticia se define como una comunicación que drásticamente y negativamente altera la propia perspectiva del paciente en relación con su futuro. La comunicación familiar de calidad es importante para la satisfacción familiar y la planificación de la atención al paciente. Es necesario tener en cuenta las preferencias de los pacientes y sus familias. Esta información ha de ser honesta, expresada en un lenguaje simple y evitando la jerga médica, con tiempo suficiente para preguntas. Es importante la privacidad, el optimismo, estar acompañado por alguna persona cercana y la seguridad de un plan continuo. Existen herramientas para dar noticias malas, como el protocolo SPIKES (*Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy y summary*).

Palabras clave: seguridad; UCIP; comunicación; transferencia; malas noticias.

Communication tools in the Pediatric intensive care unit

ABSTRACT

Effective communication and teamwork are essential tools for providing patients with safe, quality care. Times of information transfer between professionals and emergency situations are particularly vulnerable to communication deficiencies. Effective communication between healthcare professionals, patients and families is a fundamental pillar that supports the doctor-patient relationship of trust.

Patient transfer is the transfer of information, responsibility and care. Transfers that follow a standardized format are more accurate and efficient. Each unit must design its process, adapting it to its specific situation and the objectives of the transfer. One of the most widely used tools in patient transfer is the SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendations).

Bad news is defined as a communication that drastically and negatively alters the patient's own perspective on their future. Quality family communication is important for family satisfaction and patient care planning. The preferences of patients and their families need to be taken into account. This information needs to be honest, expressed in simple language and avoiding medical jargon, with sufficient time for questions. Privacy, optimism, being accompanied by someone close, and the security of an ongoing plan are important. There are tools for giving bad news, such as the SPIKES protocol (Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy and summary).

Key words: security; PICU; communication; transfer; bad news.

1. INTRODUCCIÓN

La comunicación efectiva y el trabajo en equipo son herramientas fundamentales para ofrecer a los pacientes una asistencia de calidad y segura. Los errores de comunicación están involucrados en un número importante de incidentes y eventos adversos. Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) recomiendan la aplicación de sistemas estandarizados de comunicación en entornos sanitarios¹.

Los momentos de traspaso de información entre profesionales son particularmente vulnerables a las deficiencias en comunicación. En situaciones de emergencia, de igual modo, los problemas en la comunicación pueden tener efectos nocivos para el paciente. Por otro lado, la comunicación efectiva entre los profesionales sanitarios, los pacientes y familias es un pilar fundamental donde se sustenta la relación de confianza médico-paciente.

En el siguiente documento se van a desarrollar estrategias de comunicación efectiva en el entorno de cuidados críticos pediátricos, en

el momento de transferencia de información entre los profesionales, en situaciones de emergencias y en la comunicación con el paciente y las familias al dar malas noticias.

2. TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN ENTRE PROFESIONALES SANITARIOS

La transferencia de pacientes se define como el traspaso de información, responsabilidad y cuidados. Las transferencias que siguen un formato estandarizado son más precisas y eficientes.

La transferencia de información (TI) hace referencia a la comunicación entre los profesionales sanitarios en los que se transmite información clínica de un paciente y se traspasa la responsabilidad del cuidado. Esta TI se debe hacer mientras el paciente permanezca en la misma unidad en cambios de turno o guardia y siempre que este pase a otra unidad por alta o por la necesidad de ser sometido a otros procedimientos (quirúrgicos, radiológicos, etc.)².

2.1. Transferencia de información en cambios de guardias

La TI en el cambio de guardia es un proceso interactivo en el que se comunican datos específicos del paciente y se transfiere la responsabilidad desde el equipo que finaliza su turno de trabajo hacia el que lo sustituye. Puede hacerse de forma interdisciplinaria (médicos-enfermeras) o intradisciplinarias (médico-médico, enfermera-enfermera, auxiliar-auxiliar).

Cada unidad debe diseñar su proceso, adaptándolo a su situación específica y a los objetivos de la transferencia, que pueden ser asistenciales, formativos o mixtos. Es importante estable-

cer los contenidos, que es la información que cada unidad considera necesaria para garantizar una adecuada atención sanitaria. Se requiere establecer quién va a realizar la TI: deben ser profesionales con un mínimo de entrenamiento en medicina intensiva (residentes) que serán supervisados por el adjunto responsable. Es conveniente garantizar la proporcionalidad de tiempo empleado en cada paciente y reconducir o aplazar las discusiones para asegurar el objetivo de la transferencia. Es esencial el control de las interrupciones como las llamadas o las visitas de otros profesionales, que deben ser atendidas, si es posible, por otras personas que no intervengan directamente en la transferencia. Para la organización de este proceso es importante identificar a un responsable con experiencia y conocimiento de lo que ocurre en la unidad².

La transferencia normalmente debe combinar la información verbal y escrita. Se recomienda la estandarización de la transferencia mediante herramientas que ayudan a estructurar la información. Existen distintas herramientas, no habiéndose demostrado ninguna con mayor eficacia respecto a las demás. En nuestro medio, una de las más utilizadas es la llamada SBAR, de las iniciales del inglés: *Situation* (Situación), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Evaluación) y *Recommendations* (Recomendaciones) (**Anexo I**)¹. Esta técnica facilita la creación de un modelo mental compartido que estandariza no solo la transmisión de la información, sino también la asimilación de esta por el receptor.

Otras herramientas son:

- IDEAS: Identificación, Diagnóstico, Estado, Actuaciones, Signos y síntomas de alarma.

- ISOBAR: Identificación del paciente, Situación, Observación, *Background* (antecedentes clínicos relevantes), Acordar un plan, *Read back* (retroalimentación).

2.2. Transferencia de información en el traslado del paciente

Los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) con frecuencia requieren la salida para procedimientos diagnósticos, intervencionistas o quirúrgicos. En este proceso es importante la coordinación de todos los profesionales implicados (intensivistas, enfermeras, auxiliares, celadores, personal de destinos del paciente). Es recomendable que cada unidad tenga un protocolo de transporte, donde se especifiquen las tareas en cada fase del traslado.

En el Anexo II se indica el protocolo de transporte interhospitalario de la UCIP del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

2.3. Transferencia desde el quirófano a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica

El ingreso de pacientes en la UCIP desde el quirófano requiere un estructurado trabajo de equipo multidisciplinar. Las transferencias postoperatorias de pacientes son complejas porque requieren una transmisión de información sobre la patología del paciente, el procedimiento anestésico y quirúrgico, y las necesidades inmediatas de cuidados postoperatorios. Varios estudios objetivan que las transferencias postoperatorias de pacientes son procesos de alto riesgo con potencial de errores, omisiones o mala comunicación. Asimismo, se ha objetivado que la estandarización

en el traspaso determina una disminución de omisiones y también que se consiguen más rápidamente objetivos clínicos y la disminución de complicaciones³.

La mayoría de los trabajos publicados en Pediatría de transferencia de pacientes desde quirófano a la UCI son en patología cardiovascular. Esta población es adecuada para la estandarización, ya que los procedimientos y los cuidados postoperatorios son relativamente homogéneos. Además, estas transferencias se realizan por un grupo relativamente pequeño y definido de médicos especializados en atención cardiaca, lo que puede facilitar un entorno de equipo más cohesionado. Pero los estudios en esta población son aplicables a otros postoperatorios habiéndose visto que la adhesión a un protocolo de transferencia disminuye el número de omisiones⁴.

Durante la comunicación verbal, en el momento de la transferencia, nadie debe estar manipulando al paciente, salvo en situaciones en las que la prioridad sea la atención a este, y no se deben producir interrupciones ni distraer al equipo implicado en la transferencia. La información debe ser precisa y pertinente, obviando detalles innecesarios que prolonguen el proceso y desvíen la atención de la información relevante. El tiempo empleado debe ser suficiente e incluir la posibilidad de formular preguntas y contestarlas. La utilización de un *check list* de apoyo puede ayudar a no omitir información.

En el Anexo III se indica el protocolo de TI de la UCIP del Hospital General Universitario Gregorio Marañón en el posoperatorio de cirugía cardiaca.

2.4. Transferencia de pacientes urgentes (servicio de urgencias, planta de hospitalización)

En estos casos la llegada a la unidad del paciente desde el momento del aviso suele ser inminente, por lo que el personal sanitario debe realizar la preparación y la recepción de forma rápida. Por eso, en estas situaciones, la comunicación efectiva y coordinación de todo el equipo multidisciplinar con sistemas de verificación en todas las etapas de transferencia del paciente (preparación, recepción, transferencia y acomodación) es esencial. Un sistema muy utilizado en situaciones de emergencia y adaptable a la atención del paciente crítico es la metodología del “ABCDEF” en la transferencia de cuidados. En este sentido, además de la elección del box, en función de las características del paciente (necesidad de aislamiento) y conocimiento de la edad, peso, alergias y diagnóstico, debemos preparar en el puesto:

- a. Material de vía aérea: aspiración, mascarillas faciales, tubos de Guedel, caudalímetro de oxígeno, bolsa de ventilación, set de intubación.
- b. Ventilación: respirador u otros sistemas de ventilación y oxigenación si se prevé su utilización.
- c. Monitor con perfil y límites de alarmas adecuados, medicación de emergencia, bombas de infusión, preparación para canalización de acceso vascular y extracciones analíticas necesarias.
- d. Dispositivos.
- e. Extras: preparación de gráfica.
- f. Familia: preparación de trípticos de información y consentimientos.

La preparación estandarizada y adecuada del puesto antes de que llegue el paciente nos permitirá hacer la transferencia de forma segura. Cada miembro del equipo multidisciplinar debe conocer sus tareas y validar su realización⁵.

2.5. Transferencia de la información al alta de la unidad

La comunicación directa entre los médicos de la UCI y los médicos de planta debería ser una constante previa al alta del paciente, pero no es frecuente que exista. Esta falta de comunicación determina un incremento de eventos adversos, reingreso e insatisfacción del personal. La comunicación debe ser estructurada, verbal y escrita, siguiendo alguna herramienta conocida y aceptada por el personal (por ejemplo, SBAR) y apoyada por los informes de alta médicos y de enfermería².

La enfermería juega un papel fundamental en el proceso del alta del paciente, en el que se realiza un trabajo de coordinación y se favorece la continuidad en los cuidados. El acompañamiento de la enfermera hasta el servicio de destino facilita esta labor y mejora la seguridad del paciente en el alta.

El acompañamiento familiar del paciente pediátrico en este proceso de alta es recomendable y se debe propiciar que los padres comuniquen sus preocupaciones y los médicos respondan a sus inquietudes.

2.6. Transferencia de información en situaciones de urgencia

La comunicación en situaciones de urgencia debe ser asertiva e inequívoca. Hay que hablar de forma clara y sin ambigüedades. Huir del

lenguaje mitigante o cauteloso por el asertivo y centrado en el paciente (por ejemplo, “Quizás deberíamos llamar a un cirujano” por “Llamar a un cirujano ahora” en el caso de un sangrado masivo postoperatorio). Esta asertividad puede ser gradual según el objetivo que queramos conseguir⁶.

Dada la importancia de la comunicación, los especialistas en cuidados críticos también deberían ser especialistas en comunicación en situaciones críticas. Nuestra “destreza verbal” debe coincidir con nuestra destreza procesal y nuestros conocimientos prácticos. En situaciones de urgencia (por ejemplo, intubación, reanimación o canalización urgente) se debe aplicar este tipo de comunicación.

Existen distintas estrategias para mejorar la comunicación en estos casos.

Las técnicas de *briefing/debriefing* constituyen herramientas de comunicación entre todo el personal asistencial que interviene en un procedimiento. Por un lado, en el *briefing* se anticipa de forma rápida y efectiva qué se va a hacer para que todos conozcan el plan, cómo y quién va a desempeñar cada acto. Es misión del líder establecer un modelo mental compartido, coordinar tareas, centralizar el flujo de información, establecer una estructura y estabilizar las emociones. La comunicación efectiva significa garantizar que todos estén “en la misma página”. La orientación debe ser proactiva y encaminada a tener preparados los recursos necesarios. También se deben valorar los factores de riesgo específicos relacionados con el paciente o el procedimiento, y cómo actuar si se producen. Se debe volver a informar (*re-briefing*) si el paciente se deteriora y aumenta la carga de trabajo. Por otro lado, en el *debriefing* se evalúa cómo

se ha desarrollado el procedimiento. Es una herramienta esencial para el trabajo en equipo y para la creación de aprendizaje y mejora continua. Se debe analizar de forma exhaustiva lo que no ocurrió de la manera que el equipo esperaba. Los comportamientos individuales en el desempeño de alguna técnica o procedimiento se deben tratar de forma separada entre el líder y el profesional. El papel del líder es mantener siempre el diálogo enmarcado en lo positivo y orientado al aprendizaje favoreciendo el *feedback* con las personas que han intervenido. Hacer esto de forma precoz permite obtener información directa con la experiencia reciente. Conviene realizar posteriormente un análisis para extraer propuestas de mejora proporcionando los recursos necesarios. Se deben compartir los planes e invitar a los miembros del equipo a participar activamente expresando su experiencia y preocupaciones.

Los talleres de simulación clínica, donde los equipos pueden practicar escenarios de emergencia, permiten entrenarse conjuntamente y aplicar lo aprendido a la práctica clínica. En casos de reanimación, el entrenamiento de equipos es muy importante para anticipar quién y cómo se van a realizar las acciones.

Otras formas de comunicación útiles en la situación de urgencia son⁷:

- *Flying by voice*: Exponer las opiniones en público para ser oídos e invitar al resto del equipo a la corrección o la confirmación.
- Aproximación de cinco pasos: Atraemos la atención, exponemos el problema con lenguaje claro, planteamos cómo lo vemos, proponemos una solución y obtenemos un acuerdo.

- *Repeat back*: Repetir y confirmar.
- *Step back*: Un paso atrás para reevaluar cada cierto tiempo.
- Comunicación por debajo de los 10 000 pies: simulando el lenguaje en la aviación para control de interrupciones y distracciones. Equivale en nuestro medio a “solo información crítica”.

3. CÓMO DAR MALAS NOTICIAS

3.1. Introducción

Se ha informado ampliamente que la comunicación oportuna y honesta sobre el diagnóstico, el pronóstico y las opciones de decisión en el entorno de cuidados intensivos son un componente esencial de una excelente atención crítica pediátrica⁸. Los médicos intensivistas pediátricos a veces se encuentran en la situación de dar malas noticias, que constituye una de las tareas más difíciles a las que se enfrentan estos profesionales⁹. La mala noticia se define como una comunicación que drástica y negativamente altera la propia perspectiva del paciente en relación con su futuro¹⁰. La comunicación familiar de calidad es importante no solo para la satisfacción familiar, sino también para la planificación de la atención al paciente. En ocasiones pueden surgir conflictos entre padres y médicos sobre el pronóstico del paciente o respecto a cuál es el interés superior del niño¹¹. Cuando la enfermedad del niño es repentina, pueden existir pocas oportunidades para establecer relaciones con los padres antes de comunicar malas noticias, lo que dificulta la anticipación de las necesidades informativas y emocionales de los padres¹². De hecho,

los datos recientes sobre comunicación en la UCIP revelaron que muchos padres criticaban la capacidad de sus médicos para proporcionar información oportuna y clara con un afecto empático apropiado. Los padres sintieron que los médicos evitaron conversaciones difíciles sobre el pronóstico, que les dieron una sensación de falsa esperanza y que también les proporcionaron información con un afecto frío, a menudo usando jerga médica en lugar de términos comunes^{12,13}.

En relación con los menores preadolescentes y adolescentes, la bioética nos habla de la necesidad de autonomía, de poder ejercer el máximo control posible sobre sus procesos vitales y también de los efectos perjudiciales del paternalismo. Por ello, es necesario que los niños tengan acceso a la información en la medida en que ellos deseen, y de ello son responsables, al menos en gran medida, los profesionales de la salud¹⁴.

3.2. Preferencias del paciente

El modelo de toma de decisiones centrado en el paciente prevaleció a fines del siglo XX, lo que provocó la publicación de varias pautas de consenso de expertos para ayudar a los médicos a transmitir malas noticias. Al mismo tiempo, se ha prestado mayor atención a la atención al final de la vida y a enseñar habilidades de comunicación en la facultad de medicina. También se ha incrementado el estudio de las preferencias de los pacientes en un esfuerzo por avanzar hacia pautas basadas en evidencia⁹. Al considerar cómo llevar a cabo estas conversaciones, es importante tener en cuenta las preferencias de los pacientes y sus familias con respecto a qué información se divulga, cómo se entrega la información y quién la entrega. Cada paciente y

su familia tienen valores y creencias culturales propias, que debemos intentar conocer antes de afrontar la información de una mala noticia. Debido a que es difícil predecir las preferencias individuales del paciente o de los padres, se debería preguntar cuánta y qué tipo de información desean, y divulgarla según las preferencias del paciente¹⁵.

Los pacientes prefieren recibir malas noticias en persona con toda la atención del médico, y quieren confiar en su habilidad¹⁶. Los pacientes desean honestidad, un lenguaje simple y claro que puedan entender, evitando la jerga médica, y un tiempo adecuado para las preguntas¹⁷. Para las familias y los pacientes son aspectos importantes la privacidad, el optimismo en lugar del pesimismo, el acompañamiento por parte de alguna persona cercana y la seguridad de un plan continuo.

Actualmente, se defiende la importancia de la comunicación con los pacientes sobre su enfermedad, pero existen pocas investigaciones que incluyan la perspectiva del niño. En el año 2007, se publicó un estudio¹⁸ que trataba de identificar los aspectos de la comunicación de los médicos. Los niños y los padres identificaron cinco áreas de comunicación de los médicos que consideran muy relevantes e influyentes en la calidad de la atención: la construcción de la relación terapéutica, la demostración de esfuerzo y de la competencia profesional en su cuidado, el intercambio de información, la disponibilidad y adaptación del lenguaje al paciente, y la participación de los padres. Las características de los médicos que se consideraban dañinas en su relación con el paciente eran las siguientes: tener una actitud irrespetuosa y arrogante, no establecer una relación de confianza con la familia, dar las malas noti-

cias de forma insensible, retener información y el cambio de un tratamiento sin anticipación previa al paciente y la familia.

3.3. Modelos

Existen protocolos y reglas mnemotécnicas para guiar la entrega de noticias malas o serias, como el protocolo SPIKES (**Tabla 1**)¹⁹. Este protocolo, desarrollado inicialmente para guiar a los oncólogos en la entrega de malas noticias a los pacientes con cáncer, también puede usarse con niños²⁰. Los temas comunes de los protocolos incluyen establecer una buena relación en un entorno apropiado, determinar el conocimiento previo del paciente y el deseo de obtener detalles, evitar la jerga médica y los eufemismos, apoyar las emociones del paciente, permitir preguntas, resumir y determinar los próximos pasos.

3.4. Protocolo SPIKES

3.4.1. Escenario

Revisar el historial y la situación del paciente son componentes críticos del primer paso. El ensayo mental puede aumentar la confianza del médico. Un entorno adecuado también garantiza la privacidad, limita las interrupciones e involucra a la familia si el paciente lo desea. Los pañuelos deben estar disponibles.

3.4.2. Percepción

El segundo paso es determinar la comprensión del paciente de su condición. El médico debe usar preguntas amplias y abiertas como, por ejemplo, “¿Cuál es su comprensión de lo que ha sucedido hasta ahora?”. El médico también

Tabla 1. Protocolo SPIKES para entregar malas noticias

PASO	PUNTOS CLAVE	FRASES DE EJEMPLO
<i>Setting</i> (Escenario)	Organice una habitación o área privada. Tener pañuelos disponibles. Limite las interrupciones y silencie la electrónica. Permita que el paciente se vista (si es después del examen). Mantener el contacto visual (diferir los gráficos). Incluya familiares o amigos como deseos del paciente.	"Antes de revisar los resultados, ¿hay alguien más a quien le gustaría estar aquí?". "¿Estaría bien si me sentara en el borde de tu cama?".
<i>Perception</i> (Percepción)	Use preguntas abiertas para determinar la comprensión del paciente. Corrija información errónea y malentendidos. Identifique las ilusiones, las expectativas poco realistas y la negación.	"Cuando sentiste el bulto en el pecho, ¿cuál fue tu primer pensamiento?". "¿Cuál es la comprensión de los resultados de su prueba hasta ahora?".
<i>Invitation</i> (Invitación)	Determine cuánta información y detalles desea el paciente. Pida permiso para dar resultados, de este modo el paciente podrá controlar la conversación. Si el paciente se niega, ofrezca reunirse con él nuevamente en el futuro cuando esté listo (o cuando la familia esté disponible).	"¿Estaría bien si te doy esos resultados ahora?". "¿Eres alguien a quien le gusta conocer todos los detalles o preferirías que me concentre en el resultado más importante?".
<i>Knowledge</i> (Conocimiento)	Resuma brevemente los eventos que conducen a este punto. Proporcione una declaración de advertencia para ayudar a disminuir el shock y facilitar la comprensión, aunque algunos estudios sugieren que no todos los pacientes prefieren recibir una advertencia. Use términos no médicos y evite la jerga. Deténgase a menudo para confirmar la comprensión de sus ideas.	"Antes de llegar a los resultados, me gustaría resumir para que todos estemos en el mismo punto". "Desafortunadamente, los resultados de las pruebas son peores de lo que inicialmente esperábamos". "¿Sé que esta es mucha información; ¿qué preguntas tienes hasta ahora?".
<i>Emotions</i> (Emociones)	Deténgase y aborde las emociones a medida que surjan. Use declaraciones empáticas para reconocer las emociones del paciente. Valide las respuestas para ayudar al paciente a darse cuenta de que sus sentimientos son importantes. Haga preguntas exploratorias para ayudar a comprender cuando las emociones no son claras.	"Puedo ver que esta no es la noticia que esperabas". "Sí, puedo entender por qué te sentiste así". "¿Podrías contarme más sobre lo que te preocupa?".
<i>Strategy and summary</i> (Estrategia y resumen)	Resuma las noticias para facilitar la comprensión. Establezca un plan de seguimiento (referencias, más pruebas, opciones de tratamiento). Ofrezca un medio de contacto si surgen preguntas adicionales. Evite decir: "No hay nada más que podamos hacer por usted". Incluso si el pronóstico es malo, determine y apoye los objetivos del paciente (por ejemplo, control de síntomas, apoyo social).	"Sé que todas estas son noticias muy aterradoras, y estoy seguro de que pensarás en muchas más preguntas. Cuando lo haga, escríbalas y podremos revisarlas cuando nos volvamos a ver". "Aunque no podemos curar su cáncer, podemos proporcionarle medicamentos para controlar su dolor y disminuir sus molestias".

puede identificar malentendidos, negaciones y expectativas poco realistas.

3.4.3. Invitación

Existe una variabilidad entre el deseo de los pacientes de obtener información detallada. Es importante obtener el permiso del paciente

antes de entregar las malas noticias. Una frase como "¿Estaría bien darle los resultados de las pruebas ahora mismo?" involucra al paciente en la toma de decisiones compartidas. Si el paciente rechaza la invitación, es importante determinar el motivo (por ejemplo, esperar a que un cónyuge, pareja u otro miembro de la familia brinde apoyo).

3.4.4. Conocimiento

Los médicos deben usar palabras simples y no técnicas, y evitar la jerga médica al dar malas noticias. Deben proporcionar empatía y dar tiempo a los pacientes para expresar sus emociones. La información debe brindarse en pequeñas cantidades, seguida de una confirmación de comprensión. El método SPIKES aboga por entregar una declaración de advertencia antes de las malas noticias (por ejemplo, “Me temo que los resultados de la prueba fueron peores de lo que inicialmente esperábamos”), pero algunas investigaciones indican que esta no es una preferencia universal²¹.

3.4.5. Emociones

Antes de proporcionar información adicional o incluso tranquilidad inmediata, el médico debe reconocer y aceptar la respuesta del paciente. Las declaraciones empáticas (por ejemplo, “Parece que te sientes...”) son útiles durante las expresiones de tristeza y enojo. Validar las respuestas (por ejemplo, “Ha sido un momento difícil para usted”) ayuda a los pacientes a darse cuenta de que sus sentimientos son importantes. Las declaraciones de apoyo (por ejemplo, “Estoy aquí para ayudarlo”) protegen contra el sentimiento de abandono, y las preguntas exploratorias (por ejemplo, “Usted dijo que estaba preocupado por sus hijos. ¿Puede decirme más sobre eso?”) son útiles cuando la emoción no es clara. El acrónimo NURSE (*Naming, Understand, Respecting, Supporting y Exploring*) es un acrónimo útil de los pasos clave para expresar empatía (Tabla 2)²².

Tabla 2. Regla mnemotécnica para expresar empatía: NURSE

Técnica	Frases de ejemplo
<i>Naming</i> (Nombrar)	“Parece que estás preocupado por...” “Me pregunto si te sientes enojado”.
<i>Understand</i> (Comprensión)	“Si entiendo lo que estás diciendo, te preocupa cómo tus tratamientos afectarán tu trabajo”. “Esto ha sido extremadamente difícil para ti”.
<i>Respecting</i> (Respeto)	“Esto debe ser algo tremendo de abordar”. “Estoy impresionado con lo bien que ha manejado los tratamientos”.
<i>Supporting</i> (Apoyo)	“Estaré con usted durante los tratamientos”. “Por favor, hágame saber qué puedo hacer para ayudarlo”.
<i>Exploring</i> (Explorar)	“Cuénteme más sobre su preocupación por los efectos secundarios del tratamiento”. “Usted mencionó que tiene miedo de cómo sus hijos tomarán las noticias. ¿Puede decirme más sobre esto?”.

3.4.6. Estrategia y resumen

Los médicos deben proporcionar un resumen, explorar opciones y determinar objetivos específicos del paciente. Incluso con el peor pronóstico, la mayoría de los pacientes prefieren saber qué vendrá después²³. El seguimiento debe incluir la próxima cita del paciente y una forma para que el paciente o la familia se comuniquen con el médico si tienen preguntas. Una segunda cita en los próximos días puede ser útil para revisar las malas noticias y responder preguntas. Una discusión sobre las opciones de tratamiento puede ser apropiada en ese momento o puede retrasarse, dependiendo de la preferencia del paciente. Los médicos deben evitar la frase “Me temo que no hay nada más que podamos hacer por usted”. Esto deja al paciente sintiéndose impotente y abandonado. En cambio, en ausencia de cura, el enfoque

debe estar en definir y apoyar las esperanzas redefinidas del paciente (por ejemplo, menos dolor, más tiempo con la familia). Se debe asegurar a los pacientes que el médico estará con ellos y los apoyará.

Estos modelos no pueden aplicarse a todos los contextos de la atención médica. Por ejemplo, en la UCIP, el intercambio de información sobre el diagnóstico, el pronóstico, las opciones de tratamiento y las complicaciones a menudo se comprime a poco tiempo y, por necesidad, incluso puede ocurrir en una sola conversación¹².

BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolo para la transferencia de información relevante del paciente entre profesionales. Grupo IPSP para la mejora de la seguridad en la transferencia de pacientes. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2018.
2. Rodríguez S, Fernández C, Vidal G, *et al*. Traspaso de información en Medicina Intensiva. *Med Intensiva*. 2018;42(3):168-79.
3. Weigl M, Heinrich M, Keil J, *et al*. Team performance during postsurgical patient handovers in paediatric care. *Eur J Pediatr*. 2019;179:587-96.
4. Lane-Fall MB, Pascual JL, Peifer HG, *et al*. A partially structures postoperative handoff protocol improves communication in 2 mixed surgical intensive care units. *Ann Surg*. 2020;271:484-93.
5. Jiménez Llahí M, Millán Segovia L, Albendea Perelló C. El Transfer de URG/BQ a UCIP, ¿cómo debe hacerse? *Rev Esp Pediatr*. 2017;73(supl1):108-11.
6. Leonard MW, Frankel AS. Role of effective Teamwork and communication in delivering safe, high-quality care. *Mt Sinai J Med*. 2011;78:820-6.
7. Brindley PG, Reynolds SF. Improving verbal communication in critical care medicine. *J Crit Care*. 2011;26:155-9.
8. Contro N, Larson J, Scofield S, *et al*. Family Perspectives on the Quality of Pediatric Palliative Care. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156(1):14-9.
9. Berkey FJ, Wiedemer JP, Vithalani ND. Delivering bad or life-altering news *Am Fam Physician*. 2018;98(2):99-104.
10. Buckman R. Breaking bad news: Why is it still so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1984;288(6430):1597-9.
11. Kolarik RC, Walker G, Arnold RM. Pediatric resident education in palliative care: A needs assessment. *Pediatrics*. 2006;117(6):1949-54.
12. Meert KL, Eggy S, Pollack M, *et al*. The National Institute of Child Health and Human Development Collaborative Pediatric Critical Care Research Network. Parents' perspectives on physician-parent communication near the time of a child's death in the pediatric intensive care unit. *Pediatr Crit Care Med*. 2008;9(1):2-7.
13. Gordon C, Barton E, Meert KL, *et al*. The Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Collaborative Pediatric Critical Care Research Network. Accounting for medical communication: Parents' perceptions of communicative roles and responsibilities in the pediatric intensive care unit. *Commun Med*. 2009;6(2):177-88.
14. Martino R, del Rincón C. El duelo en la infancia y cómo dar malas noticias. *Pediatr Integral*. 2012;XVI(6):494.e1-e4.
15. Harman SM, Arnold RM. Discussing serious news. *UpToDate* [en línea] [consultado el 05/03/2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>.

- sescam.a17.csinet.es/contents/discussing-serious-news?search=Dar%20malas%20noticias&source=search_result&selectedTitle=1~17&usage_type=default&display_rank=1
16. Chiu LQ, Lee WS, Gao F, *et al.* Cancer patients' preferences for communication of unfavourable news: an Asian perspective. *Support Care Cancer.* 2006;14(8):818-24.
 17. Parker PA, Baile WF, de Moor C, *et al.* Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *J Clin Oncol.* 2001;19(7):2049-56.
 18. Hsiao JL, Evan EE, Zeltzer LK. Parent and child perspectives on physician communication in pediatric palliative care. *Palliat Support Care.* 2007;5(4): 355-65.
 19. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, *et al.* SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist.* 2000;5(4):302-11.
 20. Wolfe AD, Frierdich SA, Wish J, *et al.* Sharing life-altering information: development of pediatric hospital guidelines and team training. *J Palliat Med.* 2014;17(9):1011-8.
 21. Back AL, Trinidad SB, Hopley EK, *et al.* What patients' value when oncologists give news of cancer recurrence: commentary on specific moments in audio-recorded conversations. *Oncologist.* 2011;16(3):342-50.
 22. Back AL, Arnold RM, Baile WF, *et al.* Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin.* 2005;55(3):164-77.
 23. VandeKieft GK. Breaking bad news. *Am Fam Physician.* 2001;64(12):1975-8.

ANEXO I. HERRAMIENTA SBAR

1. Situación: se transmite qué está pasando con el paciente.
 - a. Identificación del profesional.
 - b. Identificación del paciente.
 - c. Diagnóstico principal.
 - d. Describir brevemente los problemas del paciente, qué nos preocupa. Incluya signos vitales.
2. *Background* (antecedentes): se refiere a las condiciones previas y el contexto.
 - a. Motivo y fecha de ingreso.
 - b. Datos significativos de la historia clínica.
3. *Assesment* (evaluación/valoración): se establece la evaluación actual de la situación. Se exponen críticamente los problemas y cuál puede ser la causa subyacente. Su realización por problemas (de tipo respiratorio, hemodinámico, metabólico, etc.) es útil para focalizar las complicaciones.
4. Recomendaciones/órdenes: se refiere a acordar un plan. La persona que entrega la información debe intentar establecer qué es lo que se debería hacer. Realizar sugerencias y clarificar expectativas.
5. Diagnóstico principal de ingreso, procedimientos realizados, medicación actual, alergias, resultados de laboratorio y radiológicos significativos.
6. Medidas de aislamiento, si se precisan.

ANEXO II. TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS DE PACIENTES DE LA UCIP



Hospital General Universitario
Gregorio Marañón

Comunidad de Madrid

HOJA DE VERIFICACIÓN: TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÍTICOS

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: (Pegar etiqueta identificativa o rellenar) Nombre: Apellidos: Fecha de Nacimiento: Numero de Historia:	DATOS DEL EQUIPO QUE REALIZA EL TRANSPORTE Médico Responsable: Enfermera: Auxiliar: Sanitario:
---	---

Fecha de traslado:		Hora inicio:		Hora finalización:	
Datos del Paciente	Edad:	Peso:	Sexo: V/M	Alergias:	
Diagnóstico:					
Motivo de traslado					
<input type="checkbox"/> Diagnóstico		<input type="checkbox"/> Intervención		<input type="checkbox"/> Ambos	
Procedimiento a realizar					
<input type="checkbox"/> TAC	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> Cateterismo	<input type="checkbox"/> Cirugía	<input type="checkbox"/> Otro (Especificar):	
Consentimientos informados entregados y firmados				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

COMPROBACIÓN ANTES DEL TRASLADO

MATERIAL/EQUIPAMIENTO QUE SE PRECISA	SI	NO
Maletín de transporte		
Material de vía area: <input type="checkbox"/> Bolsa de ventilación y mascarilla <input type="checkbox"/> TET <input type="checkbox"/> Laringoscopio y pala		
Desfibrilador		
Respirador - Bombas infusión		
Bombonas llenas: <input type="checkbox"/> oxígeno <input type="checkbox"/> aire <input type="checkbox"/> Helio <input type="checkbox"/> Óxido Nítrico		
Comprobar baterías del respirador y bombas		
Bomba de medicación adicional		
Medicación y nutrición	SI	NO
Perfusiones iv: <input type="checkbox"/> Inotrópicos <input type="checkbox"/> Sedación		
Medicación adicional prevista: <input type="checkbox"/> Inotrópicos <input type="checkbox"/> Sedación		
Fluidos adicionales		
Suspender nutrición/insulina		
Procedimiento con contraste		
Vía de administración prevista: <input type="checkbox"/> Intravenosa (Vía comprobada) <input type="checkbox"/> Enteral		
Realizada profilaxis de nefropatía por contraste (SSF)		

LOGISTICA ESPECÍFICA

	SI	NO
Avisado a lugar destino		
Fijadas alarmas aparatos		
Comprobar fijación de tubos, sondas y vías		
Si el paciente precisa aislamiento contacto comunicar		
RMN		
Vías con doble alargadera		
Nada metálico		

MONITORIZACIÓN DURANTE EL TRASLADO

	Basal	15 min	30 min	45 min	60 min	75 min	Final
Hora:							
Signos Vitales:							
Frecuencia Cardíaca							
TAS/TAD (TAM)							
PVC							
SatO2							
Frecuencia respiratoria							
EtCO2							
Modo de Ventilación							
FiO2							
Volumen Tidal							
Volumen minuto							
PIP/PEEP							
Glasgow							
Pupilas D/I							
Aspiración (Si/N)							
TET / Fijado a (cm)							

Incidencias: (Describir incidencias ocurridas durante el traslado)

DURANTE EL TRASLADO

Al llegar a destino	SI	NO
Conectado oxígeno y aire		
Enchufado aparataje: <input type="checkbox"/> Monitor <input type="checkbox"/> Respirador Bombas		
Monitor colocado en lugar visible		

Medicación	Dosis administradas			
Analgesia				
Sedación				
Relajación				
Otros				
Fluidos	Volumen (ml):			
Fluido mantenimiento:				
<input type="checkbox"/> Cristaloides <input type="checkbox"/> SSF <input type="checkbox"/> Ringer				
<input type="checkbox"/> Coloides <input type="checkbox"/> Sintético <input type="checkbox"/> Hemoderivados				

DESPUES DEL TRASLADO

Equipamiento e información	SI	NO	Paciente	SI	NO
Conexión oxígeno y aire			Retirar sedación adicional		
Enchufar bombas			Revisión inotrópicos		
Vol. infusión restante			Revisión fluidos		
Información equipo			EAB / Iones glucemia/Hb		
Información familia			Reinicio de nutrición		

Médico:
Firma

Enfermera:
Firma

ANEXO III. POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA



HOJA DE INGRESO EN UCIP. Postoperatorio de Cirugía Cardíaca

PEGATINA

Datos paciente

Nombre y Apellidos:.....
 Fecha: Hora salida Qx:
 Edad: Peso:.....Kg Talla:.....cm

Preoperatorio

Diagnóstico:

 Antecedentes:

 Condición preoperatoria del paciente:

 Medicaciones Alergias

Intraoperatorio-médico

Ventilación:
 -Dificultad para intubar: SI NO Cormack-Lehane
 -Dificultad con la VM: SI NO
 -Nº de TET:

Incidenias pre-bomba: inotrópicos/arritmias/sangrado

Salida de extracorpórea:
 -Problemas para la salida: SI NO
 descripción:
 -Inestabilidad hemodinámica: SI NO
 descripción:
 -Arritmia: SI NO
 descripción:
 -Sangrado importante: SI/NORecuperador SI/NO.....ml
 Transfusiones: C.Htíes:.....U, Plaquetas:.....U, PFC:U
 Fibrinógeno:.....mg; Hemostáticos tópicos.....
 Factor VII: SI NO dosis:.....mcg/kg
 Protamina reversión completa: SI NO Hora de admón.:
 -Metabólico-renal: Diuréticos SI NO; bolos/perfusión.....
 Corticoides: SI NO Nombre:.....Dosis.....Hora.....
 Alteraciones electrolíticas: Na K Ca Mg
 Problemas de glucemia: hiper / hipo Tto:.....
 Láctico máx:.....; Último Láctico:.....
 -Infeccioso: Hora última dosis de ATB:.....
 -Neuroj: INVOS: cerebral/somático, descensos >20%: SI/NO

Intraoperatorio-quirúrgico

Diagnóstico:.....
 Procedimiento quirúrgico:.....
 Tº extracorpórea:.....Temperat. mínima:°C
 Parada circulatoria:SI/NO Tº de Parada:.....min
 Tº C.Aórtico:.....min Perf. cerebral select.: SI/NO

Vías	Descripción	Localización
Arteria	G	
Vena central	Fr	
	Cm	
	luces	
V. periféricas	1. G	
	2. G	
PAI/Intracardiaco		AD AI

MUF: SI/NO, duración:....., Hb pre..... y Hb post.....
 Drenajes torácicos: nº Localización.....
Tenchkoff: SI/NO
 Marcapasos epicárdicos: SI NO Tto /De seguridad.....

Salida de Quirófano

VM: SI NO
 -Parámetros respiratorios: Presión / Volumen
 PIP.....VC.....FR.....PEEP.....Fio2.....
 -O. Nítrico:ppm
Inotrópicos (mcg/kg/min): Dopa.....MR.....Adrena.....
 otros.....
Marcapasos: SI NO dependiente; SI NO
 Modo: DDD/VVI/AAI Frec:.....
Ecocardiografía intraop.: SI NO
 hallazgos:.....
Sedanalgesia: Fenta.....Mida.....Remi.....Nolotil.....
 Incisional con Lido 0,5%. SI NO ml/h.....
 Otros:

Otras infusiones a la llegada UCIP:
 Hemoderivados:.....CH.....PFC.....Plaquetas.....
 Insulina (dosis):.....Furosemida: (dosis).....
 Otros:.....
Última gasometría:.....
Ctes a la llegada UCIP: FC.....TAS/TAD(TAM):.....
 SatO2:.....PVC.....PAI.....

Anestesiista:.....
 Intensivista:.....