

Construyendo buenas conversaciones mediante simulación: impacto percibido tras una formación sobre la comunicación de malas noticias[☆]



Building good conversations through simulation: perceived impact after training on bad news communication

Sr. Editor:

En el año 2015 se creó en el hospital el equipo de Experiencia del Paciente, con el objetivo de incorporar la perspectiva de los pacientes y las familias al funcionamiento del centro. Se revisó la vivencia que tenían las familias del proceso de atención en nuestro hospital y se detectó como punto mejorable la primera comunicación del diagnóstico. Esto promovió la elaboración de una guía¹ dirigida a todos los profesionales asistenciales, no solo del ámbito clínico sino también psicosocial y espiritual, que orienta sobre los aspectos que se deben tener en cuenta antes, durante y después de comunicar una primera mala noticia. Para difundir los contenidos de la guía entre los profesionales y con ello mejorar la calidad en la atención de nuestros pacientes, el programa de simulación del centro diseñó una formación presencial de 2 días de duración que describimos a continuación.

El primer día se realiza un taller para conocer y practicar (mediante técnicas de *role playing*) el modelo Bridge de estilos relacionales². Este modelo describe 4 estilos según 2 ejes (activo/reflexivo y racional/emocional). El objetivo es adaptar nuestra comunicación al estilo de nuestro interlocutor. El segundo día los alumnos participan en escenarios de simulación interpretados por actores profesionales. Cada escenario se diseña en función del perfil profesional y lugar de trabajo del participante, para que sea próximo a su realidad, y con el objetivo de tratar uno o varios retos específicos. Después de cada escenario los participantes mantienen una conversación en grupo (*debriefing*) conducida por facilitadores expertos para reflexionar, no solo sobre los resultados de sus acciones, sino también sobre las causas o marcos mentales que las condicionan³.

Con el objetivo de evaluar el impacto percibido de esta formación se ha realizado un estudio analítico descriptivo. Para evaluar los efectos de la formación se ha seguido el modelo descrito por Kirkpatrick⁴. Los participantes realizaron valoraciones escritas anónimas en 3 momentos. Antes de la formación se evaluaba el estado previo del participante. Inmediatamente después se valoraba la experiencia en el

[☆] Este trabajo ha sido presentado previamente de forma parcial en el III Congreso de la Sociedad Española de Paliativos Pediátricos (marzo 2019), en el 7.º Congreso de la Sociedad Española de Simulación Clínica y Seguridad del Paciente (abril 2019) y en el 25th Annual Meeting of the Society in Europe for Simulation Applied to Medicine, SESAM (junio 2019).

Tabla 1 Características principales de los 69 participantes en la formación

Característica	n (%)
<i>Sexo femenino</i>	54 (78)
<i>Perfil profesional</i>	
Médicos	33 (47,8)
Enfermeros/as	16 (23,2)
Médicos residentes	5 (7,2)
Trabajadores/as sociales	5 (7,2)
Psicólogos/as	4 (5,8)
Auxiliares de enfermería	2 (2,9)
<i>Case managers</i> ^a	2 (2,9)
Fisioterapeutas	1 (1,5)
Atención espiritual	1 (1,5)
<i>Años de experiencia</i> ^b	
Menos de 5	9 (14,5)
Entre 5 y 15	28 (45,2)
Más de 15	25 (40,3)

^a *Case manager* es el intérprete que participa en la atención a los pacientes del área internacional.

^b De un total de 62 participantes (que han respondido a la encuesta antes de realizar la formación).

curso (nivel 1 de Kirkpatrick) y la percepción de aprendizaje (nivel 2). A los 6 meses se valoraban las impresiones de los participantes tras vivir la comunicación de malas noticias en la vida real (nivel 3). El Comité Ético de Investigación Clínica del centro aprobó el proyecto.

Se han incluido en el estudio las encuestas de 69 profesionales que han participado en la formación, en 4 ediciones entre septiembre del 2017 y julio del 2018 (tabla 1). La satisfacción de los participantes con la formación (nivel 1 de Kirkpatrick) es elevada, superior a 4 (sobre 5) en todos los aspectos valorados. La tabla 2 muestra que los participantes tienen la percepción de que adquieren conocimientos sobre cómo comunicar una mala noticia tras la formación, y que estos se mantienen 6 meses después (nivel 2). Respecto al comportamiento en situaciones reales (nivel 3), más del 70% de los participantes refieren que son capaces de aplicar 3 comportamientos clave: preparar el entorno, identificar el estilo relacional y acompañar a la familia.

Destacamos 3 elementos de esta formación. En primer lugar, la formación en grupo pequeño y con profesionales de diferentes disciplinas y perfiles profesionales ha sido valorada de forma muy positiva durante los *debriefings* y en las encuestas. La reflexión compartida sobre situaciones que podrían ser reales permite una mejor comprensión del papel que juega cada profesional y facilita un trabajo coordinado.

En segundo lugar, los escenarios interpretados por actores permiten una experiencia vivencial, como método de gran potencia para la reflexión y el aprendizaje. Otros autores reportan resultados beneficiosos, especialmente en el grado de realismo alcanzado, en sus aportaciones durante el *debriefing* desde la perspectiva de las familias, en la transmisión de las emociones y en su flexibilidad y capacidad de improvisación⁵. Meyer et al. describen que los participantes se sienten mejor preparados para abordar conversaciones difíciles, han mejorado sus habilidades relacionales y disminuyen su nivel de ansiedad⁶.

Tabla 2 Evaluación del nivel 2 de Kirkpatrick por los participantes antes, después y 6 meses después de haber asistido a la formación presencial, y comparación entre los conocimientos antes y después de la formación (aprendizaje durante el curso) y entre después y a los 6 meses de la formación (mantenimiento de los conocimientos adquiridos)

Aspecto	Percepción de adquisición de conocimientos durante el curso			Percepción de mantenimiento de conocimientos adquiridos	
	Puntuación ^a antes (n = 62) (%)	Puntuación ^a después (n = 46) (%)	Comparación antes/después Valor de p	Puntuación ^a a los 6 meses (n = 39) (%)	Comparación después/6 meses Valor de p
Sé qué aspectos tengo que preparar antes de comunicar una mala noticia	33,9	87	< 0,001	86,8	NS
Sé qué hacer después de dar la mala noticia para que las familias se sientan acompañadas	45,2	82,6	< 0,001	84,2	NS
Me siento preparado para comunicar una mala noticia a pacientes y familiares	35,5	89,1	< 0,001	84,2	NS
Dispongo de habilidades comunicativas para transmitir malas noticias	35,5	80,4	< 0,001	92,1	NS
Tengo habilidades para relacionarme con los pacientes y sus familias	87,1	97,8	0,045	97,4	NS
Tengo confianza en mí mismo/a para afrontar la comunicación de una mala noticia	54,8	82,6	0,002	89,5	NS

NS: no significativa.

^a Porcentaje de respuestas 4 o 5 de los participantes (podían puntuar entre el 1 y el 5, siendo el 1 en total desacuerdo y el 5 totalmente de acuerdo).

Y, en tercer lugar, destacar la novedad que supone la incorporación de un modelo de estilos relacionales a la comunicación en el ámbito sanitario. Aunque existen numerosas herramientas psicométricas sobre perfiles de personalidad, se ha optado por este modelo porque es fácilmente asimilable en poco tiempo, está especialmente dirigido al estilo de relación de cada persona, puede ser útil en otros contextos y favorece la integración del concepto de atención individualizada y que responda a las necesidades específicas de la familia.

Las principales limitaciones de este trabajo son que no todos los participantes responden a todas las valoraciones y que las valoraciones del aprendizaje y del cambio de comportamiento son subjetivas, basadas en la opinión de los sujetos y no en una evaluación objetiva.

En conclusión, se describe una formación basada en escenarios de simulación que dota al profesional de herramientas que le facilitan la comunicación de una primera mala noticia. Después de la formación los profesionales se muestran satisfechos, perciben que adquieren conocimientos relevantes y que son capaces de aplicarlos en situaciones reales.

Bibliografía

1. Hospital Sant Joan de Déu. La primera noticia, claves para el profesional. Disponible en: <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/se-publica-primera-guia-malas-noticias-elaborada-con-ayuda-de-familias>.
2. Ramon-Cortés F, Galofré A. Relaciones que funcionan. Primera edición Penguin Random House Grupo Editorial; 2015.
3. Argyris C. Teaching smart people how to learn. *Harv Bus Rev*. 1991;99-109.
4. Kirkpatrick JD, Kirkpatrick WK. *Kirkpatrick's four levels of training evaluation*. Alexandria: ATD Press; 2016.
5. Bell SK, Pascucci R, Fancy K, Coleman K, Zurakowski D, Meyer EC. The educational value of improvisational actors to teach communication and relational skills: Perspectives of interprofessional learners, faculty, and actors. *Patient Educ Couns*. 2014;96:381-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.001>.
6. Meyer EC, Sellers DE, Browning DM, McGuffie K, Solomon MZ, Truog RD. Difficult conversations: Improving communication skills and relational abilities in health care. *Acad Med*. 2007;82:905-13.

Gemma Claret Teruel^{a,*}, José María Quintillá Martínez^a, David Nadal Miquel^b, Carlos Aláez Vasconcellos^a y Jaume Pérez Payarols^c

^a Programa de Simulación, Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

^b Servicio de Trabajo Social, Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

^c Innovación, Investigación y Docencia, Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gclaret@sjdhospitalbarcelona.org (G. Claret Teruel).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.08.004>
1695-4033/

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

COVID-19: síndrome febril y clínica neurológica en neonato



COVID-19: Fever syndrome and neurological symptoms in a neonate

Sr. Editor:

La enfermedad por coronavirus (COVID-19) causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 aparece en Wuhan (China) a finales de 2019. Desde entonces, se ha extendido produciendo una pandemia mundial. Desde su inicio hasta principios de abril se ha alcanzado el millón de casos notificados en todo el mundo, y los 100.000 en España¹.

Los primeros trabajos publicados con series pediátricas procedentes de China presentan una incidencia que oscila entre el 0,8 y el 2% de los contabilizados, describen cursos clínicos más leves que en adultos y fundamentalmente con sintomatología respiratoria¹.

Presentamos un caso de infección por coronavirus, con curso clínico atípico.

Neonato de 26 días de vida sin antecedentes de interés, que acudió al Servicio de Urgencias por presentar dos episodios paroxísticos; el primero con retroversión ocular e hipertensión generalizada de varios minutos de duración, en relación con una toma, que precisó estimulación para su cese. Un segundo episodio consistente en hipertensión generalizada con cianosis facial asociada mientras dormía, de varios minutos de duración. No movimientos anormales acompañantes. A su llegada a Urgencias se encontraba asintomático, asociando fiebre de 12 horas de evolución con mucosidad nasal y vómitos. Alimentado con lactancia materna exclusiva con adecuada ganancia ponderal, sin antecedentes de reflujo gastroesofágico y con ritmo intestinal normal.

Existía ambiente epidemiológico familiar (hacinamiento con múltiples convivientes sintomáticos).

Exploración física sin alteraciones salvo tendencia a la hipertensión de miembros e irritabilidad, sin clonus y con reflejos osteotendinosos algo aumentados, tono normal, consciente. Llanto enérgico.

Al ingreso se realizó analítica de sangre, cultivos de sangre, orina, heces, virus respiratorios en lavado nasal y LCR. Debido al contexto epidemiológico se realizó exudado nasofaríngeo para SARS-CoV-2. En la analítica sanguínea se observó un recuento leucocitario normal con linfocitos en rango inferior a la normalidad (linfocitos: 2.100/ μ L). Sin alteraciones de la serie roja. Función renal, hepá-

tica e iones normales. CPK y LDH aumentadas (380 U/L y 390 U/L, respectivamente). Coagulación sin alteraciones salvo fibrinógeno discretamente elevado (418 mg/dL). Proteína C reactiva negativa. Tóxicos en orina negativos.

Durante su estancia hospitalaria presentó fiebre en las primeras 24 horas (máximo 38,8 °C) asociando irritabilidad y deposiciones líquidas. En este contexto, se solicitaron antígenos de virus en heces los cuales resultaron negativos. Se completó estudio con ecografía cerebral, en la que no se evidenciaron alteraciones. Se realizó monitorización de la función cerebral a través de EEG integrado por amplitud, que se mantuvo durante 36 horas, mostrando un trazado continuo con ciclos vigilia-sueño, sin registro de crisis eléctricas, ni clínicas.

Ante síndrome febril con clínica neurológica se inició antibioterapia empírica que se mantuvo hasta la negatividad de los cultivos. Hemocultivo, urocultivo, cultivo LCR, coprocultivo: negativos; VRS y gripe A y B: negativos. Positividad PCR SARS-CoV-2.

El paciente permaneció ingresado durante 6 días. Se mantuvo en aislamiento por gotas y contacto en una habitación con presión negativa y se restringieron las visitas según protocolo. La evolución clínica fue satisfactoria, afebril desde el 2.º día. Sin crisis convulsivas evidenciadas. Neuroconducta adecuada a la edad. Se dio de alta con recomendaciones de aislamiento en domicilio, seguimiento telefónico y cita para control clínico en neuropediatría y realización de electroencefalograma.

Describimos el caso de un paciente con síndrome febril y clínica neurológica. En el contexto epidemiológico actual es necesario realizar cribado para coronavirus en aquellos menores de 3 meses con fiebre sin foco. Respecto a la clínica neurológica, no hemos encontrado bibliografía en relación con el SARS-CoV-2. No obstante, estudios de otros coronavirus muestran que estos virus respiratorios tienen capacidades neurotropas. Se han descrito casos de convulsiones, crisis febriles, disminución de nivel de conciencia, encefalomiелitis y encefalitis². En un estudio prospectivo en menores de 6 años se investiga la asociación de coronavirus humanos (HCoVs) con crisis febriles, bronquiolitis y gastroenteritis; concluyen que hay una mayor proporción de HCoVs positivos en las crisis febriles en comparación con las otras patologías. Sin embargo, la patogenia de las crisis febriles no está basada directamente en la neuroinvasividad de estos virus³, precisando más estudios para aclarar su papel etiológico.

Es importante señalar que en la mayoría de los casos publicados existen contactos estrechos sintomáticos pre-