



Fecha de publicación: 15 diciembre, 2014 / Fecha de Modificación: 11 diciembre, 2014

“Disponemos de formación específica sobre comunicación de malas noticias”

Según el Dr. Casariego, presidente de la SEMI, “el internismo incluye valores, como la empatía, claves a la hora de afrontar estas situaciones”, en tanto que “la actividad médica no sólo es diagnosticar y tratar”

Redacción Farmacosalud.com

En un hospital se conocen buenas y, por desgracia, malas noticias en relación a los pacientes. El encargado de comunicar dichas informaciones es a menudo un médico internista -la Medicina Interna es una especialidad fundamentalmente hospitalaria-, y es aquí cuando la medicina debe mostrar su lado más sensible. Para el doctor Emilio Casariego, nuevo presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), “la actividad médica no sólo es diagnosticar y tratar lo mejor posible a los pacientes a nuestro cargo. Acompañar a la persona, en lo bueno y en lo malo, es una tarea ineludible y enriquecedora. Atender ambas facetas da la verdadera dimensión del médico y de la persona. Por ello, SEMI dispone de formación específica sobre comunicación de malas noticias y el internismo incluye valores, como la empatía, claves a la hora de afrontar estas situaciones”. Por otro lado, Casariego se lleva las manos a la cabeza a la hora de abordar el alto porcentaje de diabéticos ingresados en los servicios de Medicina Interna de los hospitales: “la magnitud del problema es impresionante. En algunos servicios, como el mío, el porcentaje de ingresados a cargo de Medicina Interna ronda el 38% y [...] seguirá creciendo”. Con respecto a los servicios de Urgencias, el doctor cree que los profesionales adscritos a este departamento están sometidos a grandes dosis de “estrés” como consecuencia de una “presión asistencial que puede ser enorme”, por lo que “no debe extrañar que se produzcan errores”. Con evidente ánimo constructivo, Casariego propone analizar las causas de dicha presión asistencial, en lugar de “centrarnos en las repercusiones”.

Enfermedades predominantes

[Gastroenterología y enfermedada...](#)

[Geriatría](#)

[Ginecología - Obstetricia](#)

[Medicina de familia](#)

[Medicina interna](#)



[Odontología-Estomatología](#)

[Oftalmología](#)

[Otorrinolaringología](#)

[Pediatría](#)

[Uro-andrología](#)

Artículos relacionados:

[Los pacientes podrán ver sus ecografías](#)



Doctor Emilio Casariego
Fuente: Berbés Asociados

-¿Qué objetivos se ha marcado al frente de la SEMI?

La SEMI es una sociedad abierta y participativa que engloba a aproximadamente 7.000 socios y que está incrementando de forma continua sus actividades en todos los ámbitos. A las tradicionales acciones formativas e investigadoras hemos de añadir otras acciones que cubren aspectos muy diversos. Entre ellas se encuentran la mejora de la calidad asistencial, la calificación de las propias actividades clínicas, el posicionamiento en el manejo de problemas clínicos complejos, el desarrollo de la estrategia de cronicidad o la colaboración con los países latinoamericanos. Sin duda, algunas requieren una especial atención. No podemos olvidar que en un mundo tan cambiante, una Sociedad como la nuestra ha de

proponer acciones de mejora en todos los ámbitos y para ello ha de tener un posicionamiento adecuado en los diferentes escenarios donde se toman las decisiones.

-Se conoce poco la figura del internista y pocos ciudadanos conocen realmente cuáles son sus competencias: ¿cómo definiría en pocas palabras lo que hace un médico internista?

En la actualidad, más de medio millón de personas ingresan cada año en los distintos Servicios de Medicina Interna del país. Esto apunta a que nuestra actividad es, fundamentalmente, hospitalaria. Es más: la Medicina Interna es eje central de la medicina hospitalaria. Nuestro foco es la visión global de la persona enferma. Por ello nos ocupamos de los pacientes con los diagnósticos más complejos, de los tratamientos más complejos tanto en pacientes ingresados en los servicios médicos como en los servicios quirúrgicos. Por las mismas razones actuamos como puente entre atención primaria y especializada, facilitando la fluidez de las comunicaciones, sobre todo, en los pacientes crónicos complejos, lo que redundará en que los pacientes que tratamos estén mejor, tengan mejor calidad de vida y se mantengan así por más tiempo.

-El 18% de los españoles ingresados en los servicios de Medicina Interna de los hospitales presentan hiperglucemia o diabetes, según un estudio de la SEMI. De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes, se producirá un aumento de esta patología en todo el mundo que rondará el 55% para el año 2035. ¿Cómo afronta el médico internista este aumento de casos?

La magnitud del problema es impresionante. En algunos servicios, como el mío, el porcentaje de ingresados a cargo de Medicina Interna ronda el 38% y, como usted dice, seguirá creciendo. Tenga en cuenta que estos pacientes mayoritariamente ingresan por motivos distintos a su condición de diabéticos y suelen tener múltiples problemas concomitantes. Un estudio ha señalado que sufren de promedio más de 5 patologías concomitantes. Por lo tanto, no sólo son muchos sino también muy complejos. Manejar correctamente su diabetes es clave para conseguir la curación del paciente y asegurar una buena calidad de vida a su alta. Pero existen diferentes problemas que lastran el manejo. Por una parte, el conocimiento sobre las mejores actitudes en situaciones tan complejas son muy limitados y, por otra, el control post-alta ha de mejorarse, incluyendo nuevas acciones como, por ejemplo, la telemedicina.

-Uno de los grandes retos del internista es conseguir una mejora de la calidad de vida de los pacientes con diabetes. ¿Estamos viviendo ahora una etapa crucial en cuanto a nuevos tratamientos y estrategias? ¿Cuáles destacaría?

Realmente existe una gran cantidad de nuevos tratamientos y de estrategias. En relación a los tratamientos avanzamos hacia fármacos más seguros y de administración más sencilla. Con respecto a las estrategias, es muy interesante el nuevo papel de le

enfermería como 'coach'* de los pacientes más complejos y, como he dicho antes, el papel relevante de los nuevos sistemas de telemedicina.



Autor/a: michaelaw
Fuente: www.freeimages.com

-Las hospitalizaciones en pacientes con insuficiencia cardíaca son un grave problema de salud que no decrece. ¿Cómo se puede revertir esta situación que vive diariamente el médico internista en los hospitales?

La insuficiencia cardíaca es una de las causas más frecuentes de hospitalización en nuestro país. Por lo general afecta a personas de mayor edad, con múltiples patologías crónicas (como la diabetes mellitus) y frecuentes descompensaciones. Dado el envejecimiento de la población y el mejor control de patologías crónicas, parece claro que el problema no va a disminuir sino a aumentar. Por ello, desde hace años, la SEMI dispone de un Grupo de Trabajo que registra e investiga este problema, así como de una red de atención en múltiples hospitales españoles que, en estos pacientes muy complejos, realiza tratamientos muy personalizados y seguimientos muy cercanos y estrechos. El análisis de sus resultados es francamente bueno, ya que esta estrategia ha demostrado que mejora la calidad de vida de los pacientes y, como consecuencia, se reducen los episodios de hospitalización.

Por su importancia en todas las áreas del hospital, el Grupo de Insuficiencia Cardíaca de la SEMI ha diseñado una amplia actividad con el objetivo de mejorar la asistencia. A nivel formativo, sólo en el último año, se han desarrollado dos Máster, diferentes talleres de manejo clínico, un blog que mejora la comunicación y resolución de problemas y se ha mantenido una amplia oferta formativa que incluye talleres de manejo práctico. A nivel de investigación clínica, a los ya clásicos registros y estudios de seguimiento, se han añadido otras actividades como ensayos clínicos sobre el mejor manejo de fármacos. Múltiples acciones a diferentes niveles que, entiendo, ponen de relieve la gran importancia que le damos al problema, sobre todo, a sus implicaciones clínicas; esto es, a mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

-La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) estima que el 70% de los errores de medicación que se producen en Urgencias son prevenibles. ¿Cómo repercute este escenario en la Medicina Interna?

El trabajo en los servicios de Urgencia es muy complicado. El grado de presión asistencial puede ser enorme y la atención a diferentes problemas al mismo tiempo, habitual. En esa situación de dificultad y estrés no debe extrañar que se produzcan errores. Lógicamente esto repercute negativamente, sobre todo, sobre el paciente. Por lo tanto, más que centrarnos en las repercusiones, debiéramos ir a las causas que, como digo, tienen mucho que ver con la presión con la que se trabaja.



Autor/a: PDPHOTOS

Fuente: Pixabay / Public Domain

-En el reciente Congreso Nacional de la SEMI se ha conocido que menos del 10% de los afectados por dependencia alcohólica reciben tratamiento en España. Entre los que han recibido tratamiento, las recaídas son frecuentes. ¿Qué hay que cambiar para revertir esos datos?

El tratamiento de la dependencia alcohólica está condicionado por no ser un problema exclusivamente médico. Existen connotaciones personales, culturales y sociales. La atención a todas estas áreas es clave

para mejorar los resultados. Lógicamente, más que tratar dependientes, lo ideal es reducir la tasa de alcoholismo.

-Aproximadamente, entre el 7% y el 8% de todos los pacientes hospitalizados en España tienen infecciones nosocomiales: ¿La resistencia a los antibióticos es uno de los motivos principales?

La infección nosocomial es una consecuencia de la actividad hospitalaria, con frecuencia en pacientes muy graves o debilitados. Indicar correctamente los procedimientos, extremar las medidas de precaución en su realización e indicar los tratamientos adecuados son claves para reducir el problema.

-¿Cómo se puede reducir la tasa de hospitalizaciones y urgencias en pacientes crónicos?

Poniendo al paciente en el centro de la actividad y adecuando la organización y las acciones a esta realidad. Solo así es posible tener una actuación precoz, certera y adecuada. Como comentaba previamente, la SEMI dispone de una red de atención a pacientes con insuficiencia cardiaca en múltiples hospitales españoles. El análisis de sus resultados ha demostrado que un seguimiento personalizado, cercano y estrecho mejora la calidad de vida de los pacientes. Entendemos que esa es la clave, ya que solo así es posible reducir las tasas de hospitalización y de visitas a urgencias.

-El médico internista debe muchas veces comunicar malas noticias. Algunos médicos eso no lo saben hacer. ¿Cómo debe el profesional afrontar este tema?

Aunando formación específica y valores humanos. La actividad médica no sólo es diagnosticar y tratar lo mejor posible a los pacientes a nuestro cargo. Acompañar a la persona, en lo bueno y en lo malo, es una tarea ineludible y enriquecedora. Atender ambas facetas da la verdadera dimensión del médico y de la persona. Por ello, SEMI dispone de formación específica sobre comunicación de malas noticias y el internismo incluye valores, como la empatía, claves a la hora de afrontar estas situaciones. Ambos, conocimiento técnico y valores, son aspectos inseparables e indispensables en la formación del internista.

-¿Cómo se puede mejorar la calidad asistencial a los enfermos con enfermedades autoinmunes que conllevan múltiples complicaciones, como puede ser el Lupus Eritematoso Sistémico?

Nuevamente poniendo al paciente en el centro de la actividad y organizando la asistencia alrededor de sus necesidades. Esto implica conjugar los aspectos técnicos y humanos que antes comentaba. En SEMI, desde el Grupo de Enfermedades Autoinmunes

Sistémicas (GEAS), se ha creado, en 2012, una Red de Unidades de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UEAS). Esta Red nace porque la atención a los problemas de salud en estas enfermedades sistémicas y complejas requiere dispositivos asistenciales que se adapten al perfil de necesidades de estos pacientes, entre los que cabe destacar la necesidad de una atención personalizada por su médico habitual y una atención rápida para resolución de imprevistos, así como controles en períodos cortos de tiempo.



Autor/a: geralt

Fuente: Pixabay / Public Domain

Una Unidad de EAS es una estructura funcional, donde la asistencia y seguimiento de estos pacientes está establecida y organizada en base a circuitos y procedimientos, con profesionales dedicados que mantienen una preparación más completa en el diagnóstico y el tratamiento de estas enfermedades, mediante una dedicación y conocimiento suficientes. De esta forma, esta Red se ha creado sobre la base de criterios de calidad técnica muy estrictos. En 2013 se ha procedido a su primera evaluación, certificando o no, su capacidad. Este sistema de evaluaciones periódicas es clave para garantizar un nivel de excelencia en todas ellas y, por eso, se realizará periódicamente. Para mantener ese nivel de excelencia, SEMI, a través de su Grupo GEAS, mantiene una actividad formativa amplia y de reconocida calidad que incluye formación específica (por ejemplo, un Máster en Manejo Clínico de las Enfermedades Autoinmunes Sistémicas), acuerdos con otras sociedades que mejoran y facilitan diagnóstico y tratamiento (por ejemplo el documento de consenso con la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria), la formación presencial a los distintos profesionales (por ejemplo en la Reuniones anuales del grupo) o su participación en Guías de Práctica Clínica (como la guía multidisciplinar que en la actualidad se realiza sobre Lupus Eritematoso Sistémico dirigida desde el Ministerio de Sanidad). Como vemos, la dedicación desde SEMI a este problema es muy amplia, lo que manifiesta la relevancia clínica y humana que le damos.

* Coach: en inglés, entrenador